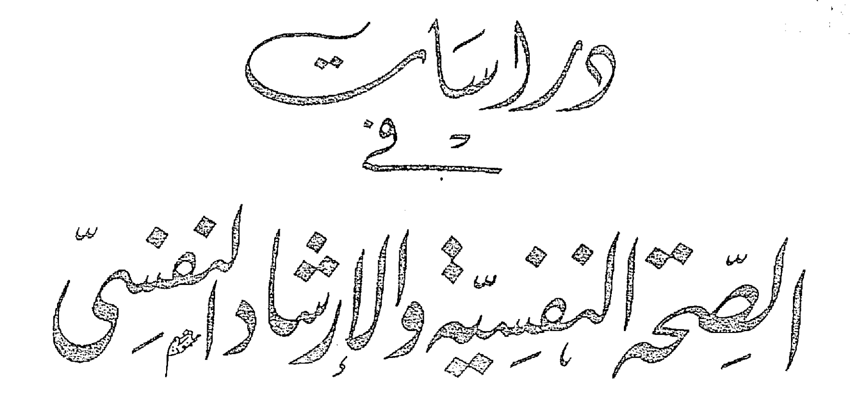
دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي

الدكتور حامد عبد السلام زهران

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة عين شمس



الدكتور

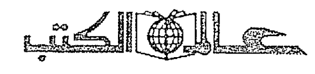
حامد عبد السلام زهران

أستاذ الصحة النفسية

كلية الدراسات الإنسانية - جامعة الأزهر

الطبعة الأولى

١٤٢٣هـ - ٢٠٠٣م



٣٨ شارع عبد الخالق ثروت - القاهرة ت ٣٩٢٦٤٠١



الإدارة :

١٦ ش جواد حسنى - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٤٦٢٦
فاكس : ٣٩٣٩٠٢٧

المكتبة :

٣٨ ش عبد الخالق ثروت - القاهرة
تليفون : ٣٩٢٦٤٠١
ص.ب : ٦٦ محمد فريد
الرمز البريدى : ١١٥١٨

الطبعة الأولى
١٤٢٢ هـ = ٢٠٠٢ م

رقم الإيداع ٢٠٠٢/١٠٤٥٦
الترقيم الدولى I.S.B.N.
977 - 232 - 316 - 8

الموقع على الإنترانت : www.alamalkotob.com
البريد الإلكترونى : info@alamalkotob.com

الشركة الدولية للطباعة
المنطقة الصناعية الثانية - قطعة ١٣٩ - شارع ٣٩ - مدينة ٦ أكتوبر
☎ : ٨٣٣٨٢٤٠ - ٨٣٣٨٢٤٢ - ٨٣٣٨٢٤٤
e-mail: pic@6oct.ie-eg.com

الإهداء

* إلى المهتمين بالبحوث والدراسات التربوية والنفسية
* إلى الـوالـدين والمـربين
* إلى الشبـاب والراشـدين
* إلى طلاب الدراسات العليا

تقديم

أيها القارئ الكريم...

هذا الكتاب الذى بين يديك ـ كأحد المهتمين بدراسات وبحوث الصحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى ـ يقدم لك بعض الدراسات والبحوث التى أجراها المؤلف منفرداً فى البيئة المصرية والعربية، بهدف الاطلاع وتطبيق ما أسفرت عنه هذه الدراسات وتلك البحوث فى حياتنا اليومية.

والمرجو أن تجد ـ أيها القارئ الكريم ـ فى جملة هذه الدراسات وتلك البحوث رداً على بعض تساؤلاتك، أو إثارة لبعض أفكارك، أو دعوة لمزيد من الدراسة العلمية، لتحقيق الهدف المشترك بيننا جميعاً من أجل حاضر طيب ومستقبل مشرق لوطننا العزيز.

وقد قسم هذا الكتاب ـ الذى يضم عشرين بحثاً ودراسة ـ إلى ثلاثة أبواب رئيسة:

الباب الأول: دراسات وبحوث فى الصحة النفسية:

ويضم هذا الباب ثمانى دراسات، تتناول: مفهوم الذات الخاص فى الإرشاد والعلاج النفسى، مفهوم الذات والسلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية، التسول: دراسة نفسية استطلاعية، الأمن النفسى دعامة أساسية للأمن القومى العربى والعالمى، الموهوبون الفائقون: اكتشافهم ورعايتهم، هويتنا والتغريب اللغوى، الشخصية المصرية: موضوع يهم ضابط الشرطة، الصحة النفسية للشباب الجامعى.

الباب الثانى: دراسات وبحوث فى الإرشاد النفسى:

ويضم هذا الباب خمس دراسات تتناول: الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى، التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر بين الواقع والمثالية، الإرشاد التربوى فى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل، المعلم ـ المرشد ودوره فى الإرشاد النفسى، التوجيه والإرشاد النفسى: نظرة شاملة.

الباب الثالث: دراسات وبحوث فى العلاج النفسى:

ويضم هذا الباب سبع دراسات تتناول: العلاج النفسى الدينى، مقدمة فى الإرشاد والعلاج

النفسى وأثرها فى عـملية الإرشاد والعلاج: دراسـة كلينيكية، العلاج النفسى التـربوى للأطفال، العلاج بالموسيقى: دراسة استطلاعية ودعـوة للبحث والتطبيق، الوقاية فى مجال الإدمان، الإدمان: منظور حيـوى نفسى اجتـماعى، ومنظور تنموى وقـائى علاجى، دليل فحص ودراسـة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى.

وقد أجريت هذه الدراسات فى فترات متـباعدة بدأت أولاها عام ١٩٧٢، وتمت آخرها عام ٢٠٠١، ونشرت ضمن بحـوث مؤتمرات وندوات متعددة، أو فى مجلات دوريـة علمية، وقد تم تجميعها فى كتاب يضاف إلى المكتبة العربية، تيسيراً على المهتمين بموضوعه.

ويشار مع كل بحث أو دراسة إلى مكان نشره فى هامش أو صفحة منه.

ويجـمع بين هذه الدراسـات أنها أجـريت فى مـؤسسـات تعليـمـية وإرشـادية وعـلاجيـة، واستهدفت دراسة بعض المتغيرات التى تهم المشتـغلين بالصحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى.

ونرجو أن يتحقق الخير ـ بجهودكم المرجوة وجـهدنا المتواضع ـ لمصرنا العزيزة ولأمتنا العربية المجيدة.

القاهرة: أغسطس ٢٠٠٢

والله الموفق

الدكتور حامد زهران

الباب الأول

دراسات وبحوث في الصحة النفسية

(١) مفهوم الذات الخاص في الإرشاد والعلاج النفسي.

(٢) مفهوم الذات والسلوك التربوي للمعلمين بين الواقع والمثالية.

(٣) التسول: دراسة نفسية استطلاعية.

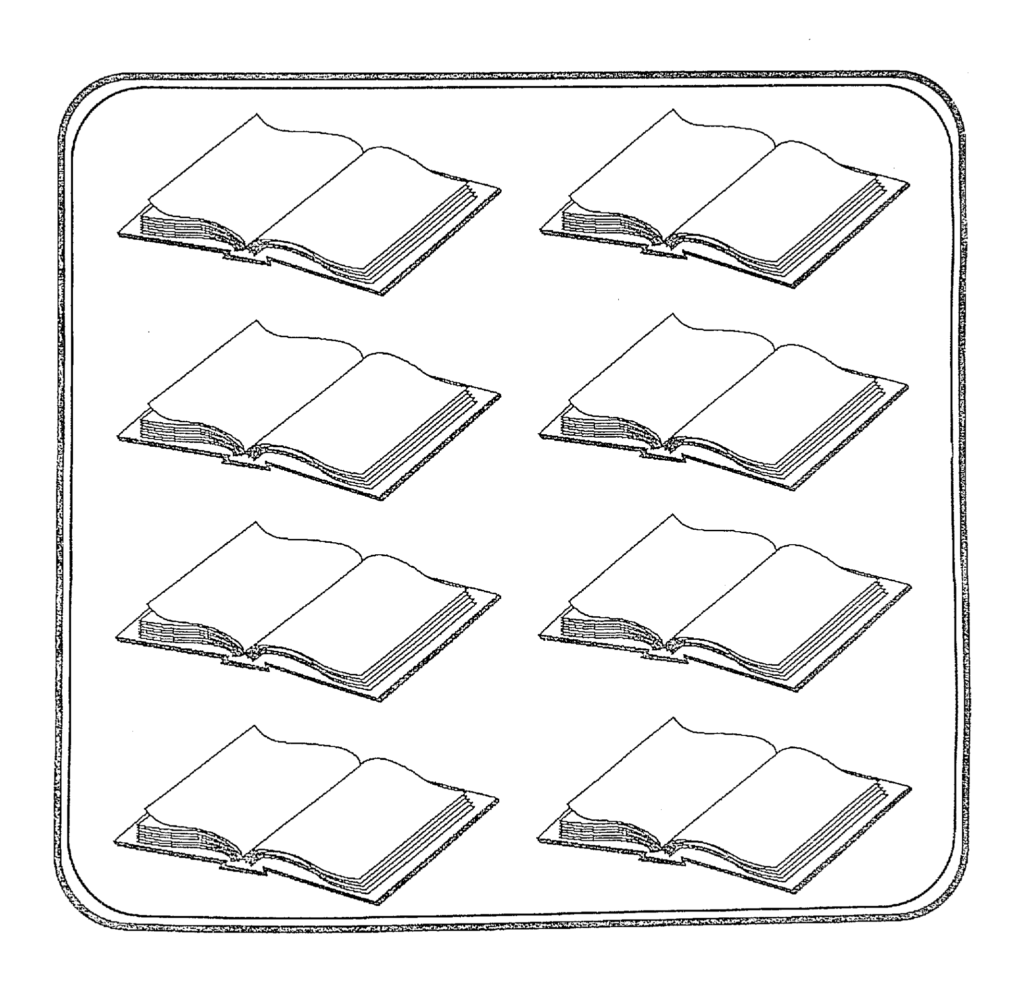
(٤) الأمن النفسي دعامة أساسية للأمن القومي العربي والعالمي.

(٥) الموهوبون الفائقون: اكتشافهم ورعايتهم.

(٦) هويتنا والتغريب اللغوي.

(٧) الشخصية المصرية: موضوع يهم ضابط الشرطة.

(٨) الصحة النفسية للشباب الجامعي.



[1] مفهوم الذات الخاص فى الإرشاد والعلاج النفسى(*)

مقدمة:

تتضمن طبيعة الإرشاد والعلاج النفسى الاهتمام بدراسة الذات ومفهوم الذات. والذات Self هى كينونة الفرد أو الشخص. وتنمو الذات وتنفصل تدريجياً عن المجال الإدراكى. وتتكون بنية الذات نتيجة للتفاعل مع البيئة، وتشمل الذات المدركة، والذات من تصور الآخرين، والذات المثالية، وقد تمتص قيم الآخرين، وتسعى إلى التوافق والاتزان والثبات. وتنمو نتيجة النضج والتعلم.

ويمكن تعريف مفهوم الذات Self-concept بأنه تكوين معرفى منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة محددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية. وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات كما تنعكس إجرائياً فى وصف الفرد لذاته، كما يتصورها هو «الذات المدركة» Perceived self ، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين يتصورونها، والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين «الذات من تصور الآخرين» أو «الذات الاجتماعية» Other Self ، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة المثالية للشخص الذى يود أن يكون «الذات المثالية» Ideal Self. ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذى يوجد الفرد فى وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد سلوكه. وينمو مفهوم الذات تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعى جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلى لتأكيد الذات، وبالرغم من أنه ثابت إلى حد كبير، إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة (فى العلاج النفسى المركز حول العميل).

ومن الملاحظات الهامة حول مفهوم الذات أنه أهم من الذات الحقيقية فى تقرير السلوك، وأنه عبارة عن جشطلت، وأن الفرد يسعى دائماً لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته وهو يحتاج إلى مفهوم

(*) مجلة الصحة النفسية، مجلد ١٣، عدد ٧ (١٩٧٢)، ص ٢٣ - ٣٨.

موجب للذات، وأن مفهوم الذات مفهوم شعورى يعيه الفرد، بينما قد تشتمل الذات عناصر لا شعورية لا يعيها الفرد.

مفهوم الذات الخاص:

يضاف إلى هذه المستويات التى ذكرناها لمفهوم الذات مستوى فى غاية الأهمية والخطورة، وهو مفهوم الذات الخاص «Private Self-Concept». ونحن نرى أن مفهوم الذات الخاص يختص بالذات الخاصة، أى الجزء الشعورى السرى الشخصى جداً أو «العورى» من خبرات الذات، والذى يقع فى المنطقة الحدية بين الشعور واللاشعور والذى هو مستعد للانطمار فى اللاشعور قبل أى خبرة أخرى من خبرات الذات، إلا أنه لأهميته وإلحاحه فى حياة الفرد يقاوم هذا الانطمار.

وعند الفرد فإن محتوى مفهوم الذات الخاص ـ الذى يتصف بأن معظمه مواد غير مرغوب فيها اجتماعياً (خبرات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو بغيضة أو مؤلمة... إلخ) ـ لا يجوز إظهاره أو كشفه أو ذكره أمام الناس. وتنشط حيل الدفاع تماماً للحيلولة دون خروج محتوياته.

ومن السهل على الفرد الكشف عن مفهوم الذات الواقعى والمدرك والاجتماعى والمثالى دون اللجوء إلى حيل الدفاع، ولكن من الصعب جداً الكشف عن مفهوم الذات الخاص.

ويعلم كل المعالجين النفسيين أن العميل يمكن أن يقول إن له زوجا أو زوجة، بينما لا يمكن أن يقول بسهولة أن له عشيقة أو عشيقا. ويمكن للعميل أن يذكر أنه يكسب عيشه من التجارة ولكنه لا يفصح عن أنه يتاجر فى المخدرات أو يعمل فى الدعارة. ويمكن للعميل أن يقول إنه فاشل فى عمله لأى سبب من الأسباب، ولكنه لا يمكن أن يقرر إن ذلك يرجع إلى أنه كان يغش فى الامتحانات، وأنه لا يستحق الشهادة التى أهلته لهذا العمل، أو أن هذه الشهادة مزورة. وصحيح أن المشكلات الزواجية تؤدى إلى الاضطرابات النفسية، ولكن من اليسير نسبياً على الفرد الإفصاح عنها ومن ثم إيجاد حلول لها. أما المشكلات الناتجة عن شذوذ العلاقات الجنسية والعلاقات غير الشرعية فإنها لا يفصح عنها، ومن ثم لا تجد طريقها إلى الحل ويظل تأثيرها الخطير على الفرد.

ونحن نؤكد أنه من البديهى أن يبدأ الفرد باستكشاف الاتجاهات الشعورية قبل الغوص فى أعماق اللاشعور، أى أننا نهتم بمفهوم الذات الظاهرى قبل أن نهتم بمفهوم الذات غير الظاهرى. إننا يجب أن نركز البصر على الواضح قبل أن نحدق فى الغامض والمبهم والخفى ويجب أن نستوفى بحث البسيط القريب قبل أن ننشغل بالمعقد والبعيد.

أهم ملامح الدراسات السابقة:

ونحن إذ نركز فى هذا البحث على مفهوم الذات الخاص الشعورى فإننا نستند إلى خلفية من البحوث والدراسات التى تؤكد أهمية المستوى الشعورى للذات، وإن كانت لا تنكر المستوى اللاشعورى فى حياتنا النفسية.

ومن أهم هذه الآراء والدراسات والبحوث ما قدمه فرويد Freud (١٩٢٧، ١٩٣٣)، والمحللون النفسيون من أتباعه، وكوفكا Koffka (١٩٣٥)، ومورفى Murphy (١٩٤٧)، وسيموندز Symonds (١٩٥١) وميد Mead (١٩٣٤)، وشريف وكانتريل Sherif and Cantril (١٩٤٧)، وشين Chein (١٩٤٤)، وبرتوكسى Bertocci (١٩٤٥)، وبراونفين Brownfain (١٩٥٢)، ولوفنجر وأوسوريو Loevinger and Ossorio (١٩٥٩)، وروجرز Rogers (١٩٤٢، ١٩٥١، ١٩٥٩)، وفيرنون Vernon (١٩٦٤).

وقد قام الباحث (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦، ١٩٦٧) بدراسات سابقة عن نظرية الذات والعلاج النفسى المركز حول العميل. وأثبتت الدراسة أن مفهوم الذات يعتبر حجراً أساسياً فى بناء الشخصية وأن مفهوم الذات لدى الفرد له أهمية خاصة لفهم ديناميات الشخصية والتوافق النفسى، وأنه مفهوم هام فى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى المركز حول العميل، وتأكد أن مفهوم الذات مفهوم متعدد الأبعاد، وتحددت الصفات التى تميز كلا من مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب، وتأكد أن مفهوم الذات الموجب يعبر عن الصحة النفسية والتوافق النفسى، وأن تقبل الذات يرتبط ارتباطاً جوهرياً موجباً بتقبل وقبول الآخرين، وأن تقبل الذات وفهمها يعتبر بعداً رئيساً فى عملية التوافق الشخصى وإعادة التوافق الشخصى، وأن تكون مفهوم الذات يتأثر بالعوامل الاجتماعية مثل اتجاهات الفرد نحو الآخرين واتجاهات الآخرين نحو الفرد.

ومن ثم يجب على الوالدين والمربين والموجهين أن يقدروا دورهم الخطير فى نمو مفهوم الذات عند الأطفال والمراهقين. كذلك اتضحت أهمية استخدام الاختبارات النفسية التى تقيس المميزات الفارقة بين مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب وهى: الثبات الانفعالى، والتوازن الانفعالى، وتوافق الشخصية، والواقعية، وإقامة علاقات طيبة مع الجماعة، والرضا بالوضع الراهن، وقوة الأنا الأعلى، والصحة النفسية والتوافق السليم. وظهر أن تقدير الجوانب الشعورية للذات أمر ضرورى للحصول على فهم أكمل لمفهوم الذات (بالاستعانة بالطرق الإسقاطية مع عدم الاكتفاء بها). وبرزت العلاقة القوية القائمة بين مفهوم الذات والتوافق النفسى

بأنه كلما كان الفرد سيء التوافق كلما انحطت نظرته إلى نفسه. وتأكد أن أحسن طريقة لفهم السلوك هو من الإطار المرجعى للسالك نفسه، وأنه يجب عمل حساب عامل الدفاع ومراعاة القبول الاجتماعى فى طرق تقييم الذات ، وفى المواقف العلاجية وبالذات فى حالة وجود مفهوم الذات السالب أو وجود محتوى مهدد فى مفهوم الذات الخاص.

كذلك يجب الالتفات ليس فقط إلى الأهمية القصوى للذات بل أيضاً إلى أهمية البيئة النفسية الاجتماعية. ولقد برزت من خلال هاتين الدراستين أهمية مفهوم الذات الخاص وهو ما وجه الباحث إلى الاهتمام بالموضوع الحالى.

موضوع البحث الحالى وهدفه:

موضوع البحث الحالى وهدفه هو إدخال مفهوم الذات الخاص كأحد المكونات الهامة فى نظرية الذات Self Theory . وإذا كان محتوى مفهوم الذات الخاص مهدداً لبنية الذات بصفة عامة فإنه يؤدى إلى التوتر والقلق وسوء التوافق النفسى. ويحاول الباحث إدخال هذا المكون كعنصر هام فى عملية العلاج النفسى المركز حول العميل Client - centred Therapy .

ولا تعنى هذه المعالجة لمفهوم الذات الخاص وأهميته فى التوجيه والعلاج النفسى أن الباحث يفضل طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل أو الإرشاد النفسى غير المباشر على غيرها من طرق العلاج . ولا يعتقد الباحث أيضاً أن العلاج النفسى المركز حول العميل هو الطريقة المثلى والأولى والأخيرة فى العلاج النفسى. وحتى كارل روجرز نفسه صاحب نظرية الذات وشيخ طريقة العلاج النفسى المركز حول العميل يعترف بأن هذه الطريقة لا تناسب كل أنواع اضطرابات الشخصية، وأنها مفيدة مع أنواع معينة من العملاء خاصة أولئك الذين يكون ذكاؤهم متوسطاً ولديهم طلاقة لفظية، وأنها تكون مناسبة جداً فى حالات الإرشاد النفسى والاستشارة النفسية.

مفهوم الذات الخاص فى إطار نظرية الذات والعلاج المركز حول العميل:

الإطار العام:

فيما يلى الإطار العام الذى نريد تقديمه عن مفهوم الذات الخاص، وفى إطار نظرية الذات والعلاج النفسى المركز حول العميل. ويتناول هذا الإطار الفرد والخبرة والمجال الظاهرى والسلوك والمعالج والعلاج.

الخبرة:

يمر الفرد فى حياته بخبرات عديدة، والخبرة هى كل شىء أو موقف يعيشه الفرد فى زمان ومكان معين، ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها، يؤثر فيها ويتأثر بها. والخبرة متغيرة، ويحول الفرد خبراته إلى رموز يدركها ويقيمها فى ضوء مفهوم الذات وفى ضوء المعايير الاجتماعية، أو يتجاهلها (على أنها لا علاقة لها ببنية الذات)، أو ينكرها أو يشوهها (إذا كانت غير متطابقة مع بنية الذات).

والخبرات التى تتفق وتتطابق مع مفهوم الذات ومع المعايير الاجتماعية تؤدى إلى الراحة والخلو من التوتر وإلى التوافق النفسى.

والخبرات التى لا تتفق مع الذات ومفهوم الذات أو التى تتعارض مع المعايير الاجتماعية تدرك على أنها تهديد ويضفى عليها قيمة سالبة. وعندما تدرك الخبرة على هذا النحو تؤدى إلى تهديد وإحباط مركز الذات وإلى التوتر والقلق وسوء التوافق النفسى وتنشيط وسائل الدفاع (جمود الإدراك وتشويه المدركات والإدراك غير الدقيق للواقع).

الفرد:

والفرد قد يرمز أو يتجاهل أو ينكر خبراته المهددة فتصبح شعورية أو لاشعورية. والفرد لديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته. ويتفاعل مع «واقعه» فى إطار ميله لتحقيق ذاته، ولديه حاجة أساسية (رغم أنها متعلمة) للتقدير الموجب، ويشمل الحب والاحترام والتعاطف والقبول من جانب الآخرين، وتحدد حاجاته ودوافعه كما يدركها وكما يخبرها جانباً من سلوكه.

السلوك:

والسلوك نشاط موجه نحو الهدف من جانب الفرد لتحقيق وإشباع حاجاته كما يخبرها فى المجال كما يدركه.

ويتفق السلوك مع مفهوم الذات، ومع المعايير الاجتماعية، وبعضه لا يتفق مع بينة الذات والمعايير الاجتماعية. وعندما يحدث تعارض هنا يحدث سوء التوافق النفسى. ويمكن تغيير السلوك وتعديله (تبنى السلوك وإنكاره)، ويصحبه الانفعال ويسهله، وقد يحدث نتيجة للخبرات أو الحاجات العضوية التى لم تأخذ صورة رمزية لكونها غير مقبولة. ومثل هذا السلوك قد يكون غير متطابق مع بنية الذات ومفهوم الذات. وفى هذه الحالة قد يتنصل الفرد منه. وهذا قد يؤدى إلى التوتر وسوء التوافق النفسى.

المجال الظاهرى:

يسلك الفرد ككل منظم فى المجال الظاهرى كما يدركه وكما يخبره. والمجال الظاهرى هو عالم الخبرة المتغير. وهو عالم شخصى ذاتى، شعورى ولاشعورى. ويتفاعل الفرد مع المجال الظاهرى كما يخبره وكما يدركه. ويعتبر ـ على الأقل من وجهة نظر الفرد ـ «واقعا» وحقيقة.

العميل:

يكون لدى العميل محتوى مهدد فى مفهوم الذات الخاص و/ أو يدرك ويعى عدم التطابق بين الذات والخبرة وبين مفهوم الذات والذات المثالية، وهو يدرك ويعى التهديد الناجم عن محتوى مفهوم الذات و/ أو التهديد الناجم عن عدم التطابق. ويخبر العميل شعورياً وفى وعى العوامل الكامنة فى سوء التوافق النفسى، ويمكنه أن ينظم وأن يعيد تنظيم مفهوم الذات ليحقق التطابق بينه وبين البيئة.

ويكون العميل قلقاً معرّضاً لمضاعفات نفسية، ويدرك الحاجة للعلاج، ويأتى هو للعلاج ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو.

المعالج:

يشترط أن يكون المعالج نفسه متوافقاً نفسياً، لديه تطابق بين مفهومه عن ذاته وخبرته وذاته المثالية، ولا يحتوى مفهوم الذات الخاص لديه على خبرات مهددة لا تتفق مع بنية الذات أو مع المعايير الاجتماعية، لديه شفافية وحساسية، يهتم بإخلاص بحالة العميل، يقبل ويشجع العميل ويفهم وجهات نظره، مستمع جيد وبائع ناجح للصداقة، لا يتخذ موقف الواعظ أو المقيم للسلوك، واسع الخبرة فى علم النفس وفى كافة مجالات الحياة.

عقد العلاج:

يلتقى المعالج والعميل، ويحاول المعالج والعميل تحديد ما يشبه عقد العلاج أو اتفاق غير مكتوب، فى مناخ حيادى سمح، خال من التهديد، يحددان الموقف العلاجى وأبعاده ومسئولية كل منهما، ويفهم العميل أهمية التقارير الذاتية، وأن أحسن نقطة لفهم سلوك الفرد هى من وجهة نظره هو ومن داخل إطاره المرجعى.

مقدمة العلاج النفسى:

أعد الباحث موضوعاً بعنوان «مقدمة العلاج النفسى» يقدمه إلى العميل فى أول مقابلة علاجية. وتتضمن هذه المقدمة إفهام العميل هدف العلاج النفسى، وتحديد المشكلة، وأسبابها وأعراضها، وطبيعة الفحص النفسى، والتشخيص والعلاج، وتحديد خطة العلاج.

ومن أهم ما تركز عليه المقدمة حث العميل على البوح بكل ما يكمن فى مستودع الذات الخاص، وعلى ألا يترك أى سر، واثقاً فى السرية المطلقة لكل البيانات والمعلومات. ويشجع المعالج العميل على التحدث عن ذاته كما يدركها، وكما هى فى الواقع الآن، وعن ذاته كما يراها الآخرون، ويشجعه على ألا يتردد فى ذكر أى شىء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط تاركاً العنان بحرية لأفكاره واتجاهاته ورغباته وإحساساته وخبراته تسترسل بطلاقة دون تحفظ مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلمة. ويؤكد المعالج للعميل أنه يثق فى تقريره الذاتى عن نفسه لأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه من نفسه، وأن أحسن نقطة لفهم سلوكه هى من وجهة نظر العميل ومن داخل إطاره المرجعى. ويشجع المعالج العميل على أن يكشف له عن ذاته الخاصة ويدخله إلى عالمه الخاص فى صدق وصراحة وشجاعة.

ويعمل المعالج على تهيئة مناخ علاجى سار مشبع بالأمن والتقبل والراحة والأمل، خال من التهديد والتوتر والقلق يتيح فهم السلوك، ويعمل على إقامة علاقة علاجية أساسها الفهم المتبادل والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل، تتيح فرصة التنفيس الانفعالى وزيادة الاستبصار وتعلم السلوك السوى وتحديد فلسفة واقعية للحياة، وتقبل الخبرات وتقبل الذات وتقبل الآخرين وتغيير مفهوم الذات السالب وتنمية مفهوم الذات الموجب بما يحقق ازدياد قوة الذات وازدياد تماسك وقوة الشخصية والصحة النفسية.

وبعد الانتهاء من مقدمة العلاج النفسى يقدم المعالج للعميل اختبار مفهوم الذات الخاص.

اختبار مفهوم الذات الخاص:

فى ضوء الأساس النظرى السابق تحديده أعد الباحث اختبار مفهوم الذات الخاص. ويهدف الاختبار إلى استكشاف المحتويات الشعورية المختزنة فى «مستودع» مفهوم الذات الخاص. وبمعنى آخر يهدف الاختبار إلى الكشف عن دخائل وخفايا وأعماق الذات. وهو اختبار إسقاطى، وقد أنشىء بطريقة تكملة الجمل. وتدور بدايات الجمل الناقصة فى الاختبار حول مشكلات وأسرار وخبرات وأسئلة ومشاعر ومخاوف واتجاهات ومثالب ومتاعب وسلوك العميل، وذلك على النحو التالى:

- المشكلات الشخصية والأسرية والمدرسية وفى العمل والمشكلات الجسمية والصحية.
- الأسرار الشخصية والأسرية ومع الأصدقاء من الذكور والإناث.
- الخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف التعسة والحرجة فى الطفولة والمراهقة.

- الموضوعات والأسئلة المحرجة.
- مشاعر الذنب والنقص والإحباط والتهديد والقلق.
- المخاوف المرضية.
- الاتجاهات السالبة نحو الناس من الرجال والنساء والبنين والبنات.
- مثالب الشخصية، ومظاهر مفهوم الذات السالب.
- السلوك الخاطىء أو الشاذ أو غير المرغوب فيه اجتماعياً وخاصة السلوك الجنسى وأسراره خارج و/ أو داخل الحياة الزوجية.
- الأشياء التى تسبب كل المتاعب.

انظر اختبار مفهوم الذات فى الصفحة التالية

اختبار مفهوم الذات الخاص

تأليف: د. حامد زهران

(لا تكتب اسمك) ولكن اكتب الرقم الذى يحدد لك بين هذين القوسين (   )

الجنس (ذكر/ أنثى):   السن:

مستوى التعليم: المهنة:

الحالة الاجتماعية (أعزب/ متزوج):   تاريخ اليوم:

مقدمة:

عزيزى القارئ....

يسرنى أن أساعدك . أنت تعرف أنه «ليس هناك من هو أعرف بنفسك منك»، وأنت تعرف أنه «لا شىء يأتى من لا شىء». ولكل مشكلة سبب أو أسباب، وقد يكون فى ذهنك بعض الأمور المتعلقة بالمشكلة، ولكن تذكر دائماً أن «ما خفى كان أعظم». أرجو أن تتعاون معى. ساعدنى لكى أفهمك وأساعدك. اكشف لى عن ذاتك الخاصة. أدخلنى إلى عالمك الخاص. تعاون معى لكى نصل إلى تشخيص دقيق وعلاج ناجح إن شاء الله. لا تتردد فى ذكر أى شىء. انطلق ولا تخف شيئاً. كن شجاعاً. كن صريحاً. كن صادقاً.

التعليمات:

فيما يلى خمسون جملة ناقصة، اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك. اعمل بأسرع ما تستطيع. إذا لم تتمكن من إكمال جملة، ارسم دائرة حول رقمها ثم عد إليها لإكمالها فيما بعد. وإذا كان لك بعض الملاحظات، اكتبها فى نهاية الاختبار. تأكد أن هذا الاختبار سرى للغاية.

اقلب الصفحة من فضلك

١ـ المشكلة التى لا أقولها لأحد ولكنى أقولها للدكتور هى ....

٢ـ أكبر سر فى حياتى أخفيه عن الناس هو ....

٣ـ الموضوع الذى خجلت أن أناقشه مع أحد حتى الآن هو..

٤ـ السؤال المحرج الذى لم أستطع أن أسأله لأحد حتى الآن هو..

٥ـ الشيء الذى يملأ تفكيرى ولم أصارح به أحدا حتى الآن هو..

٦ـ أكبر خسارة فى حياتى هى ....

٧ـ الشيء الذى لا أذكره إلا وأنا أتوب إلى الله هو..

٨ـ أكبر ذنب ارتكبته فى حياتى هو ....

٩ـ الذكرى التى تلح على وأتمنى أن أنساها هى ....

١٠ـ الشيء الذى أحاول أن أعمله ولكنى أخشى عواقبه هو ....

١١ـ الشيء الذى أعمله وأنا غير راض عنه هو ....

١٢ـ أكبر كذبة كذبتها فى حياتى هى ....

١٣ـ أتعس يوم فى حياتى هو ....

١٤ـ أحرج موقف وقفته فى حياتى هو..

١٥ـ أكثر شيء أخاف منه هو ....

١٦ـ أقبح خطأ ارتكبته فى حياتى هو ....

١٧ـ أسوأ خبرة فى حياتى هى ....

١٨ـ أخطر ما يهدد مستقبلى هو..

١٩ـ السلوك الشاذ الذى قمت به أو أقوم به فعلاً هو ....

٢٠ـ أكبر ما يشغلنى جنسياً هو ....

٢١ـ أهم أسرار حياتى الجنسية هى ....

٢٢ـ أخطر نقطة ضعف فى شخصيتى هى ....

٢٣ـ أكثر ما يشعرنى بالنقص هو ....

٢٤ـ أكثر ما لا يعجبنى فى نفسى هو ....

٢٥ـ أشد ما يقلقنى من الناحية الجسمية هو ....

٢٦ـ أخطر ما أعانى منه من الناحية الصحية هو ....

٢٧ـ أغرب ما حدث فى طفولتى هو ....

٢٨ـ أسوأ ما حدث فى سن المراهقة هو ....

٢٩ـ أصعب مشكلة فى أسرتى هى ....

٣٠ـ أهم سر فى أسرتى هو ....

٣١ـ أكبر خطأ فى أسرتى هو ....

٣٢ـ أسوأ ما فعل أبى هو ....

٣٣ـ أسوأ ما فعلت أمى هو ....

٣٤ـ الشىء الذى حرصت ألا يعرفه أبى وأمى هو ....

٣٥ـ أكثر ما يقلقنى بخصوص الحياة الزوجية هو ....

٣٦ـ الشىء الذى أحرص ألا تعرفه زوجتى (أو زوجى) هو ....

٣٧ـ أخطر ما حدث فى المدرسة هو ....

٣٨ـ أسوأ ما حدث فى العمل هو ....

٣٩ـ مع أصدقائى من الذكور نتحدث سراً فى ....

٤٠ـ مع أصدقائى من الإناث نتحدث سراً فى ....

٤١ـ أسوأ ما يقوله الناس عنى هو ....

٤٢ـ أسوأ ما أظنه فى الناس هو ....

٤٣ـ أسوأ ما فى معظم النساء هو ....

٤٤ـ أسوأ ما فى معظم الرجال هو ....

٤٥ـ أسوأ ما فى معظم البنات هو ....

٤٦ـ أسوأ ما فى معظم الأولاد هو ....

٤٧ـ الأمل الذى أحاول أن أحققه ولكنى لم أحققه حتى الآن هو ....

٤٨ـ الأشياء التى تسبب كل متاعبى هى ....

٤٩ـ أغرب ما ألاحظه فى سلوكى هو ....

٥٠ـ أعتقد أن حالتى سوف تتحسن لو ....

....

ملاحظات:

تطبيقات اختبار مفهوم الذات الخاص:

فيما يلى بعض الأمثلة التوضيحية لما كشفه اختبار مفهوم الذات الخاص من الحالات التى عرضت على الباحث فى العيادة النفسية:

- حالة مراهق فى الثانوية العامة يعانى من اكتئاب وفشل دراسى. وأوضح الاختبار أن وراء هذا كله علاقة جنسية بين الشاب وإحدى قريباته التى أصبحت زوجة لأخيه الأكبر مع إفراط فى العادة السرية.
- حالة فتاة مراهقة فى الإعدادية عرضت على أنها حالة قلق ومشكلات أسرية وتأخر دراسى. وكشف الاختبار عن انحراف جنسى فى الأسرة عبارة عن علاقات جنسية بين الوالد وابنته وأختها الكبرى (جماع المحارم) وخبرات جنسية للأم مع حمل غير شرعى متكرر.
- حالة مدرس فى منتصف العمر خريج إحدى الجامعات لم يتزوج حتى سن الخامسة والأربعين وكان يشكو من القلق وعدم الثقة فى النفس. وأوضح الاختبار أن إقلاع الرجل عن الزواج يرجع إلى سن الثامنة عشرة حيث تعرض الفتى لتعليمات جنسية خاطئة من أحد رفاق سنه بخصوص تجربة حيوية الحيوانات المنوية مما أسفر (على غير أساس علمى) عن أنه لن ينجب إذا تزوج فأضرب عن الزواج مبرراً ذلك بشتى الأسباب المقبولة اجتماعياً غير مبيح بالسبب الحقيقى.
- حالة فتاة جامعية جاءت تطلب التوجيه والإرشاد النفسى بخصوص القلق العام الذى تشكو منه. وكشف الاختبار عن انحرافات جنسية منها ممارسة العادة السرية بشكل مفرط أدى إلى فقد غشاء البكارة وممارسة الجنس والقلق بخصوص الزواج والمستقبل.
- حالة شاب جامعى يعانى من وهن عصبى (نيوراشينيا). وكشف الاختبار عن سلوك جنسى شاذ (الاحتكاك المتعمد فى وسائل المواصلات كوسيلة للإشباع الجنسى)، وقلق بخصوص السلوك الجنسى المنحرف للأم.

اختبارات أخرى:

إلى جانب اختبار مفهوم الذات الخاص يمكن للمعالج أن يقدم اختبار مفهوم الذات[1] لقياس مدى التطابق بين مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى... وهكذا.

---

(١) يستخدم هنا اختبار مفهوم الذات من إعداد الباحث (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦)، وهو بطريقة «تقدير الذات التصنيفى». كذلك يمكن استخدام الاختبارات النفسية التى تقيس المميزات الفارقة بين مفهوم الذات الموجب ومفهوم الذات السالب وهى: الثبات الانفعالى والتوافق الانفعالى، وتوافق الشخصية، والواقعية وإقامة علاقات طيبة مع الجماعة، والرضا بالوضع الراهن، وقوة الأنا الأعلى، والصحة النفسية، والتوافق السليم. ويمكن استخدام اختبار مفهوم الذات، إعداد محمد عماد الدين إسماعيل.

التشخيص:

بعد تحديد مدى عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعى وبين مفهوم الذات المثالى، وبعد تحديد محتوى مفهوم الذات الخاص يتم تشخيص الحالة.

العلاج النفسى المركز حول العميل:

يبدأ العلاج النفسى المركز حول العميل أى العلاج النفسى المركز حول الذات. ويتميز بوضوح النظرية التى يستند إليها وبالزمن القصير الذى يستغرقه. وغاية نمو الشخصية حسب هذا المنهج العلاجى هو التطابق الأساسى بين المجال الظاهرى ومفهوم الذات والتخلص من والتصرف بخصوص المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص، وهذا يمثل التوافق النفسى الصحى. وأحسن طريقة لإحداث التغيير فى السلوك هو أن يحدث التغيير فى مفهوم الذات.

وهكذا نجد أن المعالج قد ساعد العميل على بلورة وإيضاح أبعاد مفهوم الذات لديه وساعده على نقل خبراته تدريجياً من مستودع الذات الخاص إلى المعالج.

وتزداد ثقة العميل فى المعالج بدون شروط، ويصبح العميل مستعداً لمراجعة وإعادة تكامل بناء ذاته، ويصبح أكثر حرية وطلاقة فى التعبير عن الخبرات الخاصة.

وتجرى عملية مراجعة بنية الذات، وتناقش كل المحتويات المهددة فى مفهوم الذات الخاص، وتوضع خطة حلها.

ويقل ثم يغيب التهديد. ويقل ثم يغيب الدفاع والمقاومة الشعورية (أى المنع وعدم البوح ببعض المعلومات المخجلة أو المشينة أو المهددة للذات).

ويخبر العميل شعورياً وفى وعى العوامل التى أدت وتؤدى إلى سوء توافقه النفسى، وبصفة خاصة عدم التطابق بين مفهوم الذات والخبرة أو بين المفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى أو مكونات ومحتوى مفهوم الذات الخاص.

ويجمع العميل خبراته بدقة فى بنية الذات، ويصبح أكثر تقبلاً لخبراته. ويزداد استبصار العميل ويترجم البصيرة إلى فعل وسلوك. ويزداد التطابق بين مفهوم الذات والخبرة والذات المثالية، ويتخلص من تهديد محتوى مفهوم الذات الخاص، ويصبح أكثر موضوعية وأكثر واقعية.

وتزداد وترتفع مكانة الذات، ويزداد التوافق النفسى، ويقل التعرض للمضاعفات النفسية ويقل القلق.

ويتقبل العميل ذاته، ويتقبل الآخرين، وينظم مفهومه عن ذاته ليصبح متطابقاً مع خبراته، وبذلك ينتقل من حالة سوء التوافق إلى التوافق النفسى، ويصير السلوك اجتماعياً ناضجاً، خلاقاً، متوافقاً.

ويعود العميل ويصير سوياً، متوافقاً، صحيحاً نفسياً.

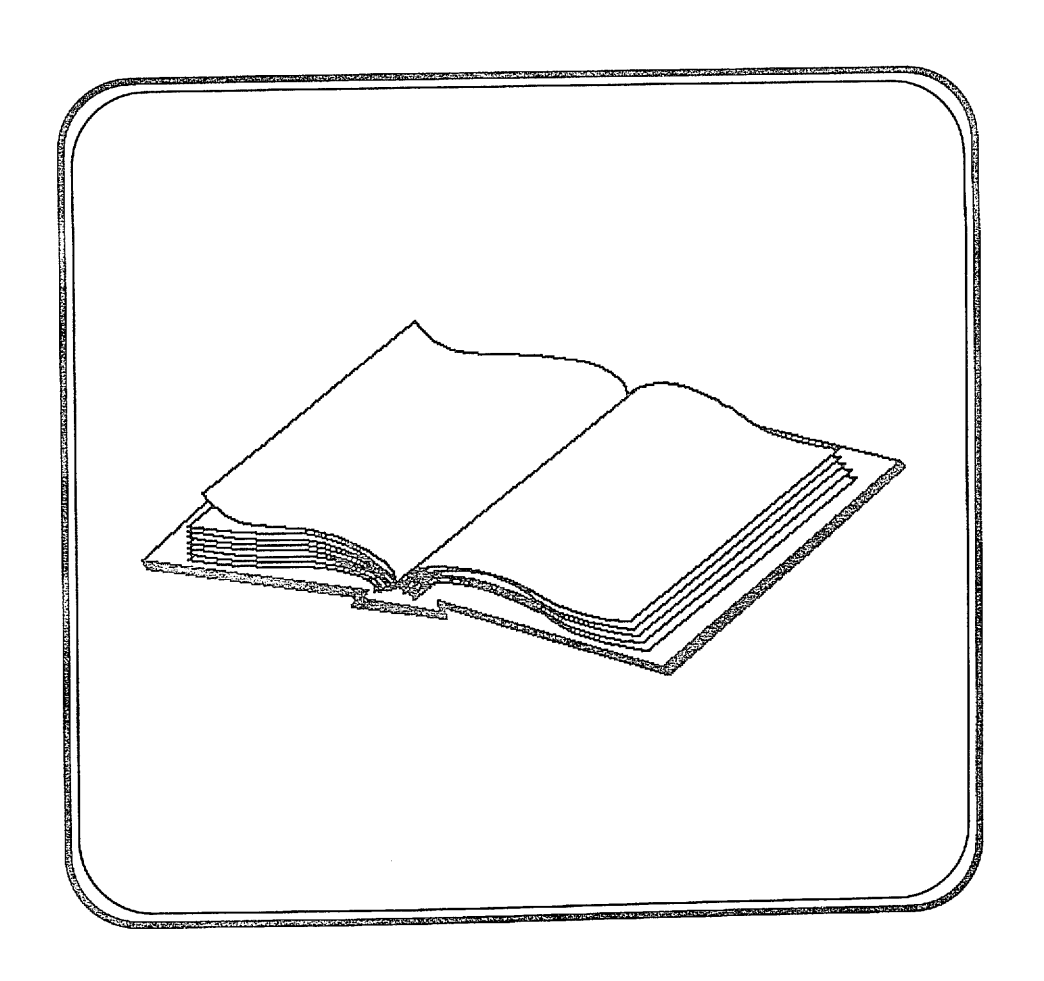
المراجع

- **Bertocci, P. A. (1945).** The psychological self, the ego and personality. Psychological Review, 52, 91 - 99.
- **Brownfain, J. J. (1952).** Stability of the self-concept as a dimension of personality. Journal of Abnormal & Social Psychology, 47, 597-606.
- **Chein, I. (1944).** The awareness of self and the structure of the ego. Psychological Review, 51, 304-314.
- **Freud, Sigmund (1927).** The Ego and the Id. London: Hogarth Press.
- **Freud, Sigmund (1933).** New Introductory Lectures on Psychoanalysis. New York: Norton.
- **Koffka, K. (1935).** Principles of Gestalt Psychology. New York: Harcourt.
- **Loevinger, J. & Osserio, A. (1959).** Evaluation of therapy by self-report: A paradox. Journal of Abnormal & Social Psychology, 58, 392-394.
- **Mead, George H. (1934).** Mind, Self and Society. Chicago: University of Chicago Press.
- **Murphy, Gardner (1947).** Personality: A Biosocial Approach to Origins and Structure. New York : Harper.
- **Rogers, Carl (1942).** Counseling and Psychotherapy: New Concepts in Practice. Boston: Houghton Mifflin.
- **Rogers, Carl (1951).** Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin.
- **Rogers, Carl (1959).** A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in client-centered framework. In Koch, S. (Ed,) Psychology: A Study of Science. Vol. 3. pp. 184-256. New York: McGraw-Hill.
- **Sherif, Muzafer & Cantril, H. (1947).** The Psychology of Ego Involvements. New York: Wiley.
- **Symonds, P. M. (1951).** The Ego and the Self. New York: Appleton Century Crofts.

- **Vernon, Philip E. (1964).** Personality Assessment: A Critical Survey. London: Methuen.

- **Zahran, Hamed (1966).** The Self-concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents: An Experimental Study. Ph. D. Thesis. University of London Institute of Education.

- **Zahran, Hamed (1967).** The self-concept in the psychological guidance of adolescents. British Journal of Educational Psychology, 37, 225-240.



[٢] مفهوم الذات والسلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية(*)

مقدمة:

من المعلوم أن أحد الأهداف الرئيسة للتوجيه والإرشاد النفسى ـ كجزء لا يتجزأ من العملية التربوية ـ هو مساعدة الفرد فى تنمية مفهوم سوى عن ذاته (حامد زهران، ١٩٧٤).

ولقد عكف الباحثون فى مفهوم الذات باعتباره حجر الزاوية فى البناء المتكامل للشخصية على دراسة علاقته بالسلوك الشخصى والاجتماعى والمهنى.

ومن مسلمات الإرشاد النفسى والتربوى والمهنى أن الفرد يجب أن يتصور المهنة التى يختارها ويعد نفسه لها على أنها مناسبة لذاته قبل أن يختارها مهنة لذاته (إنجلاندر Englander، ١٩٦٠).

ومهنة التدريس من أهم المهن التى تهدف إلى تربية الأجيال وتنمية الشخصيات حيث يؤثر المعلمون تأثيراً مباشراً فى نمو مفهوم الذات لدى تلاميذهم وبالتالى فى سلوك هؤلاء التلاميذ.

المشكلة:

من الملاحظ أن هناك بعض المعلمين لا يتطابق سلوكهم التربوى الواقعى مع السلوك التربوى المثالى (ممكن التحقيق فى الواقع).

وكثير من أساتذة كليات التربية يحددون معايير مثالية أكثر من اللازم للسلوك التربوى يعلمونها لطلابهم (معلمى المستقبل) الذين حين يخرجون إلى ميدان العمل فى الحياة الواقعية يجدون عوامل تحول دون تحقيق هذه المثاليات. وفى نفس الوقت نجد بعض الموجهين التربويين يقيمون المعلمين فى ضوء مثاليات قد لا يسمح الواقع بتحقيقها.

وتتضمن المشكلة التى يحاول الباحث إلقاء الضوء عليها الإجابة عن عدد من التساؤلات بعضها لتأكيد نتائج سابقة تم الوصول إليها وبعضها إجابته غير معلومة حتى الآن (حسب علم الباحث). وهذه التساؤلات تدور حول:

- ارتباط مفهوم الذات بين الواقع والمثالية.

(*) مجلة كلية التربية، جامعة الملك عبدالعزيز بمكة المكرمة، عدد٢ (١٩٧٦) ص٢٠١-٢٤٥.

- ارتباط السلوك التربوى بين الواقع والمثالية.
- ارتباط دليل مفهوم الذات (بين الواقع والمثالية) ودليل السلوك التربوى للمعلمين (بين الواقع والمثالية).
- اختلاف دليل السلوك التربوى (بين الواقع والمثالية) لدى الطلاب ـ المدرسين ولدى المدرسين العاملين.
- ترتيب أبعاد مفهوم الذات على أساس التباعد بين الواقع والمثال.
- ترتيب مجالات السلوك التربوى على أساس التباعد بين الواقع والمثال.

هدف البحث:

يهدف البحث الحالى إلى إلقاء الضوء على المشكلة التى تمثلت فى التساؤلات التى تدور حول النقاط السابقة بحيث يمكن الوصول إلى نتائج علمية وتطبيقات وتوصيات تربوية عملية للاستفادة منها فى إعداد المعلمين من ناحية وفى تقييمهم من ناحية أخرى.

مفهوم الذات:

لقد أورد معظم أصحاب نظريات الذات تعريفات عديدة للذات ومفهوم الذات. وقام الباحث بدراسة عدد كبير من تعريفات الذات ومفهوم الذات وتوصل إلى التعريف التالى لمفهوم الذات (حامد زهران، ١٩٦٦). مفهوم الذات هو تكوين معرفى منظم موحد ومتعلم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد ويعتبره تعريفاً نفسياً لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة محددة الأبعاد عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية والخارجية. وتشمل هذه العناصر المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات الواقعية، كما تنعكس إجرائياً فى وصف الفرد لذاته كما يدركها هو «الذات المدركة» perceived self، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين فى المجتمع يتصورونها، والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين فى المجتمع «الذات الاجتماعية» social self.، والمدركات والتصورات التى تحدد الصورة المثالية للشخص الذى يود أن يكون «الذات المثالية» ideal self. ووظيفة مفهوم الذات وظيفة دافعية وتكامل وتنظيم وبلورة عالم الخبرة المتغير الذى يوجد الفرد فى وسطه، ولذا فإنه ينظم ويحدد السلوك. وينمو مفهوم الذات تكوينياً كنتاج للتفاعل الاجتماعى جنباً إلى جنب مع الدافع الداخلى لتأكيد الذات. وعلى الرغم من أن مفهوم الذات ثابت إلى حد كبير، إلا أنه يمكن تعديله وتغييره تحت ظروف معينة.

وتؤكد الكتابات والدراسات التى دارت حول مفهوم الذات أنه حجر الزاوية فى الشخصية وأنه ينظم السلوك. وهذا مصداق لقول الله تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ﴾ [المدثر: آية ٣٨]، أى أن النفس البشرية تنظم السلوك وهى مسئولة عنه.

وتبرز الدراسة التاريخية لمفهوم الذات مفهوماً ذا جذور تاريخيه عميقة، قديما قدم الحضارة المصرية القديمة، وحديثا حداثة أى مفهوم نفسى آخر وضع تحت ضبط البحث النفسى العلمى.

ولقد شهد مفهوم «الذات» عبر القرون معانى مختلفة، منها المعانى الدينية، والفلسفية، والأخلاقية، والنفسية حتى لقد قيل «إن علم النفس فقد أولاً روحه، ثم فقد وعيه، وهو الآن فى سبيل فقد عقله، ولكنه لحسن الحظ وجد ذاته».

ومن بين المعانى الكثيرة التى أعطيت للذات «الروح» أو «النفس» و «أنا»، وعلمنا الله تعالى ما لم نكن نعلم عن: النفس الملهمة، والنفس اللوامة، والنفس البصيرة، والنفس المطمئنة، والنفس الأمارة بالسوء.

ويقول أبو حامد الغزالى إن الواجهات الأربع الأولى للنفس البشرية حميدة أما الأخيرة فهى غير محمودة.

وقد ذكر ابن سينا منذ عشرة قرون (٩٨٠-١٠٣٧م) مفهوم الذات على أنه الصورة المعرفية للنفس البشرية.

وتكلم من جاء بعد ذلك من المفكرين عن مفهوم الذات متذبذبين بين مفهوم الروح تارة ومفهوم النفس تارة أخرى مثل جون لوك Locke (١٦٣٢-١٧٠٤) وجورج بيركلى Berkeley (١٦٨٥-١٧٥٣) وهيوم Hume (١٧٤٠) وتوماس براون Brown (١٧٧٨-١٨٢٠) وجيمس ميل Mill (١٨٢٩) وكانت Kant (١٩٣٨) ووليام جيمس James (١٨٩٠) (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦).

وقد حدد وليام جيمس واجهات عديدة للذات ومفهوم الذات منها:

الذات التى يعتقد الفرد حقيقة أنها هو، والذات التى يطمح أن يكون.

وجاء بعد جيمس نفر من العلماء أضاف كل منهم تقسيمات جديدة فى الذات ومفهوم الذات مثل مكدوجل McDougall (١٩٢١) وميد Mead (١٩٣٤) (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦).

وهكذا وجد علماء النفس فى النصف الأول من القرن العشرين أنه لا يمكن الكتابة فى علم النفس دون الاهتمام بالذات. ومنذ العقد الرابع من هذا القرن أخذت الذات ومفهوم الذات

مكانهمـا الطبيـعى فى دراسات علم النفس، وأصبح مـفهوم الذات الآن ذا أهـمية بالغـة ويحتل مكان القلب فى الإرشاد والعلاج النفسى.

وجاءت نظرية كارل روجر Rogers (١٩٥١، ١٩٦١) عن الذات خطوة كبـيرة إلى الأمام، وتعتبر الآن أهم النظريات المعرفية عن الذات ومفهوم الذات. وقد أدى إليها وتفرع منها عدد من النظريات والتطورات الحـديثة (انظر حـامد زهران Zahran، ١٩٦٦). ولقـد حدد روجـرز فى نظرية الذات ثلاثة مكونات رئيسة هى: الفرد، والمجال الظاهرى، والذات. الفرد يتفاعل مع المجال الظاهرى (الشعورى) كما يدركه وكما يخـبره. وهذا المجال الظاهرى الإدراكى يعتبر ـ من وجهة نظر الفرد ـ «واقعا» يحدد سلوكه، ويتفاعل الفـرد مع «واقعه» فى إطار ميله لتحقيق ذاته. وأحسن أسلوب لفـهم سلوك الفـرد هـو من وجـهـة نظـره هو (أى الفـرد) ومن داخل إطاره المرجـعى (الإدراكى) أى عن طريق التقرير الذاتى.

مفهوم الذات والسلوك:

تشير معظـم نظريات الذات إلى وجود معامل ارتباط موجب بين مـفهوم الذات وبين السلوك بصفة عامة.

ويعتقـد سنيج وكومبس Snygg & Combs (١٩٥٩) ـ متأثرين بمدرسـة الجشـتلت ـ أن السلوك يتأثر بالمجـال الظاهرى للفرد (وهو البيئـة النفسية للفـرد ويشمل الخبرات التى يشـعر بها الفـرد فى وقت السلوك)، ويقولان إن الذات الظاهـرية تتمـايز عن المجال الظاهرى وتشـمل كل أجزاء المجـال الظاهرى التى يخـبرها الفرد كـجزء منه أو صـفة له، ويؤكـدان أن الهدف الأكـبر للتربـية يجب أن يكون تحقـيق الذات الكفء Adequate self التى تقـبل وتدخل فى تنظيمـها عناصر الواقع.

ويقول روجـرز إن التطابق بين مفهـوم الذات الواقعى «المدرك» ومـفهوم الذات المثـالى يقابله تطابق السلوك الواقعى والسلوك المثالى، والعكس صحيح.

الواقع والمثالية:

مفهوم الواقع: يشير إلى واقع الحال، والوضع الحقيقى الحاصل، ويتضمن إدراك الواقع الحقيقى.

ومفهوم المثالية: يشيـر إلى الأمثل والأفـضل والأعلى فى الرتبـة والأشبه بالحق، ومـا يجب أن يكون ، واتخاذ السلوك الأمثل مثلاً يـستهدى به. والمثالية بذلك تعتبر قـوة دافعة لتحريك السلوك الواقعى نحو السلوك المثالى.

والتطابق الكامل بين الواقع والمثالية لدى الشخص العادى أمر لا يحدث سواء فى مفهوم الذات أو فى السلوك. يقول المثل العامى: «اسمع كلامك يعجبنى أشوف أمورك أستعجب».

وقد دأب بعض الباحثين على دراسة العلاقة بين السلوك الواقعى والسلوك المثالى، ومن أمثلة ذلك دراسة فيدلر Fiedler (١٩٥٠)، وسوبر وكومبس Super & Combs (١٩٦٢) فى وصف المعالجين النفسيين للعلاقة العلاجية الواقعية والفرق بينها وبين العلاقة العلاجية المثالية.

مفهوم الذات بين الواقع والمثالية:

مفهوم **الذات الواقعى (المدرك)** Perceived Real Self-Concept هو المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص، أى أنه ذاته الواقعية كما يدركها، وكما ينعكس إجرائياً فى وصف الفرد لذاته كما يتصورها وكما يدركها هو.

ومفهوم الذات المثالى Ideal Self-Concept هو المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنه الشخص، أى أنه ذاته المثالية (كما يود أن تكون)، وكما تنعكس إجرائياً فى وصف الفرد لذاته كما يتصورها وكما يود أن تكون.

وكان وليام جيمس James (١٩٠٨) قد حدد الذات الواقعية والذات المثالية كواجهتين رئيستين ضمن واجهات الذات. وقصر بيلز وآخرون Bills et al. (١٩٥١) بنية الذات على مفهوم الذات والذات المثالية.

ويرى كاتيل Cattell (١٩٥٠) أنه فى النمو العادى للفرد تميل كل من الذات الواقعية والذات المثالية إلى التكامل تحت ضغط عاطفة الذات Self - Sentiment .

وتقول كارين هورنى Horney (١٩٥٠) إن قرب مفهوم الذات المثالى من الواقع يؤدى إلى التوافق النفسى، بينما البعد بينهما يؤدى إلى ظهور الصراعات الداخلية والعصاب.

وعلاوة على ذلك يقول روجرز إن مفهوم الذات (المدرك) ـ أكثر من الذات الواقعية ـ هو المهم فى الشخصية والسلوك. أما مفهوم الذات المثالى فإن الفرد يركز عليه ويكون أكثر الصور قيمة فى نظره. ويقول أيضاً إن التطابق بين مفهوم الذات الواقعى (المدرك) ومفهوم الذات المثالى يعنى التوافق والصحة النفسية، والعكس صحيح.

دليل مفهوم الذات: Self-concept index يقصد الباحث بهذا المصطلح مقدار معامل الارتباط بين الدرجات التى يحصل عليها الفرد فى تقدير مفهوم الذات الواقعى وفى تقدير مفهوم الذات المثالى، وكذلك درجة التقارب ـ التباعد بين درجات التقديرين (وهى الفرق المطلق بينهما).

مفهوم الذات الموجب: Positive Self-concept يقصد الباحث بهذا المصطلح دليل مفهوم الذات الموجب الدال، أى تطابق مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى.

مفهوم الذات السالب: Negative Self-concept يقصد الباحث بهذا المصطلح دليل مفهوم الذات السالب أو المنخفض غير الدال، أى عدم تطابق الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى.

مفهوم السلوك بين الواقع والمثالية:

السلوك الواقعى: هو السلوك المستطاع الميسور فى حدود الطاقة الإنسانية، وهو الذى يحدث فعلاً ويجب ألا يقل السلوك عنه. ويتحدد السلوك الواقعى للإنسان السوى فى ضوء واقع شخصيته الإنسانية (جسمياً وعقلياً وانفعالياً واجتماعياً)، وفى ضوء واقع المجال السلوكى الذى يعيش فيه (طبيعياً واجتماعياً) فيراعى مطالب النفس والجسم فى توازن واعتدال دون إفراط ولا تفريط وفى حدود الدين والأخلاق والقيم والمعايير الاجتماعية. ومن أمثلة ذلك مراعاة واقع حال الضعف البشرى. قال الله تعالى: ﴿ يُرِيدُ اللَّهُ أَن يُخَفِّفَ عَنكُمْ وَخُلِقَ الإِنسَانُ ضَعِيفاً﴾ [النساء: آية ٢٨]. وقال رسول الله ﷺ: «كل ابن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون». (انظر عبدالرحمن الميدانى، ١٩٧٠).

ومفهوم السلوك الواقعى: هو المفهوم المدرك للسلوك الواقعى كما يعبر عنه الشخص أى أنه سلوكه الواقعى كما يدركه.

والسلوك المثالى: هو أسمى سلوك محتمل وممكن وميسور، وهو السلوك فى أرقى مستوياته، وهو السلوك فى أعلى مستويات الطموح، وهو السلوك الأمثل والأكمل والأفضل والأحسن، وهو الهدف الأسمى للسلوك. والسلوك المثالى ممكن الوقوع فى الواقع، ولكن متغيرات وعوامل شخصية الإنسان ومجاله النفسى تحول دون إمكان تحقيقه كله، ولكنه يظل دائم التطلع إلى تحقيقه. وهذا هو ما يجعله صورة مثالية. ولا يقصد بالسلوك المثالى السلوك الكامل غير المحتمل أو غير المطاق كما يحدده المتشددون المبالغون.

ومفهوم السلوك المثالى: هو المفهوم المدرك للسلوك الذى يتمثله الفرد والذى يسعى دائماً بتحسين سلوكه وترقيته لتحقيقه.

السلوك التربوى الواقعى: هو السلوك التربوى الواقعى للمعلمين فى المدارس.

السلوك التربوى المثالى: وهو السلوك التربوى للمعلمين الذى يتفق مع ما تحدده بحوث ودراسات ومراجع التربية وعلم النفس وإعداد المعلمين.

السلوك التربوى بين الواقع والمثالية: يتراوح السلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية، ويظهر ذلك جلياً فى الدراسات التى تدور حول السلوك التربوى للمعلمين. ويبذل أساتذة التربية وعلم النفس جهداً كبيراً فى تدريب طلاب التربية على ترجمة ما يدرسونه إلى واقع عملى فى صورة أقرب ما تكون إلى السلوك المثالى.

دليل السلوك التربوى: يقصد به مقدار معامل الارتباط بين الدرجات التى يحصل عليها المدرس فى تقدير السلوك التربوى الواقعى (المدرك) وفى تقدير السلوك التربوى المثالى، وكذلك درجة التقارب ـ التباعد بين درجات التقديرين (وهى الفرق المطلق بينهما).

مفهوم السلوك التربوى الموجب: يقصد به دليل السلوك التربوى الموجب الدال، أى تطابق السلوك التربوى الواقعى «المدرك» والسلوك التربوى «المثالى».

مفهوم السلوك التربوى السالب: يقصد به دليل السلوك التربوى السالب أو المنخفض غير الدال، أى عدم تطابق السلوك التربوى الواقعى «المدرك» ومفهوم السلوك التربوى «المثالى».

مفهوم الذات والسلوك بين الواقع والمثالية: (دراسات سابقة)

تدل معظم البحوث والدراسات السابقة على أن مفهوم الذات الواقعى والسلوك الواقعى أكثر ارتباطاً بطبيعة الفرد ذاته، بينما مفهوم الذات المثالى والسلوك المثالى يتعلقان بشدة بأهداب مفاهيم وقيم اجتماعية عامة.

وتدل البحوث أيضاً على أن من ينمى مفهوماً منخفضاً للذات أو أقل من الواقع، يكون لديه مشكلات سلوكية تماثل فى حدتها تلك التى تكون لدى من ينمى مفهوماً مثالياً مبالغاً فيه للذات.

والشخص العادى عندما يحدد مفهوم الذات المثالى، فإنه يحدده لأنه فى حاجة إلى تحقيق أقصى ما يمكن أن يحققه هذا المفهوم، وعندما يحدد مفهوم السلوك المثالى فإنه يحدده لأنه فى حاجة إلى تحقيق أقصى ما يمكن أن يحققه من هذا المفهوم. أى أن الشخص العادى لديه نزعة إلى تحقيق مفهومه المثالى عن ذاته، وهذا يدفعه إلى تغيير السلوك إلى الأفضل.

وقد أتيح للباحث الاطلاع على عدد من رسائل الماجستير والدكتوراه حول هذا الموضوع فى جامعة لندن مثل رسالة ستينز Staines (١٩٥٤)، إميت Emmett (١٩٥٩)، ميسترى Mistry (١٩٦٠) وغيرهم. والفكرة التى تتخلل هذه الدراسات تتركز حول وتؤكد دور المدرس فى تكوين مفهوم الذات ونموه لدى التلميذ الذى يميل سلوكه إلى الاتفاق مع مفهومه النامى عن ذاته.

وقدم بيركينز Perkins (١٩٥٨) دليلاً تجريبياً على أن مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى يزداد تطابقهما مع الزمن. وأوضح أهمية الدور الذى يلعبه المعلم الكفء فى النمو الصحى المتزايد لمفهوم الذات الموجب لدى التلاميذ.

وأوضحت دراسة هاتفيلد Hatfield (١٩٦١) عن مفهوم الذات لدى الطلاب ـ المدرسين (طلاب التربية العملية) فى إحدى كليات التربية أن من أهم العوامل فى التربية العملية الناجحة هو مفهوم الطالب ـ المدرس عن ذاته وشعوره نحو نفسه كشخص أثناء قيامه بالتدريس فى التربية العملية.

وقدم فؤاد أبو حطب (١٩٧٤) بحثاً عن تقويم المعلم أثناء الخدمة، متخذاً نظرة جديدة فى ضوء مفهوم الدور، فقام بتحليل الأدوار التى يقوم بها المعلم فى العملية التربوية وأنماط السلوك التربوى المرتبط بدور المعلم من حيث الحقوق والواجبات فى ضوء الأهداف التربوية والتعليمية. وتناول البحث السلوك التربوى للمعلم فى ضوء أدواره التربوية المتعددة مثل: دور الخبير فى فن التدريس، دور ممثل قيم المجتمع، دور خبير المادة الدراسية، دور الخبير فى العلاقات الإنسانية، دور المسئول عن النظام، دور العامل فى حقل النشاط المدرسى، دور قناة الاتصال بالمجتمع والجمهور، دور المتعلم والدارس، ودور القائم بالأعمال المكتبية. وتضمن البحث بطاقة تقويم المعلم وتشمل تسعة جوانب أساسية من مهنة التدريس مبنية على ملاحظة السلوك التربوى فى مواقف التدريس الطبيعية والنشاط التربوى المعتاد فى المدرسة.

ودرس حلمى المليجى (١٩٧٤) السمات الشخصية ذات الأهمية فى نجاح المعلم، ووجد أن مهنة التدريس تشمل نشاطات كثيرة لا ترتبط مباشرة بتدريس المادة الدراسية. وأبرزت الدراسة أهمية وتأثير العلاقة النفسية بين المدرس وتلاميذه فى العملية التربوية، وأكدت أهمية الاستبصار الذاتى (أى الموضوعية فى تقدير المعلم لشخصيته) وأهمية الإدراك الاجتماعى (أى التعرف على مشاعر الآخرين والدقة فى تقدير شخصياتهم والتعرف على اتجاهاتهم) فى النجاح فى مهنة التدريس. وركزت الدراسة على بعض عوامل النجاح فى مهنة التدريس مثل: تأثير المدرس فى تفكير التلاميذ واتجاهاتهم وسلوكهم بما يتفق مع الأهداف التربوية، وقدرة المدرس على التعاون مع زملائه والمسئولين فى المدرسة، وشعبية المدرس بين تلاميذه، واهتمامه بمهنة التدريس.

ودرس مصطفى فهمى وآخرون (١٩٧٤) اتجاهات المعلم نحو المهنة والعوامل المكونة لها، فقاموا ببحث ميدانى استطلاعى يهدف ضمن ما يهدف إلى بحث أثر الدراسة الأكاديمية التربوية

والممارسة العملية فى الإعداد المهنى للمعلم. واستخدموا مقياساً للاتجاهات النفسية للمعلمين يفيد فى التنبؤ بسلوك المعلم مع تلاميذه، وانتهوا إلى أن دراسات الإعداد النفسى والتربوى لطلاب كلية التربية لها تأثير كبير فى تكوين الاتجاهات الإيجابية نحو مهنة التدريس.

الفروض:

فى ضوء نظريات الذات والنظريات التربوية والتربية العملية، وفى ضوء البحوث والدراسات السابقة وملاحظة واقع عملية التدريس، وباعتبار أفراد عينة البحث الحالى أفرادا عاديين اقترح الباحث الفروض التالية:

١ـ يرتبط مفهوم الذات الواقعى بمفهوم الذات المثالى ارتباطاً موجباً ودالاً (لكنه غير كامل) مما يدل على وجود فرق (لكنه غير جوهرى) بين الواقع والمثال فى مفهوم الذات. كذلك يرتبط السلوك التربوى الواقعى بالسلوك التربوى المثالى ارتباطاً موجباً ودالاً (لكنه غير كامل) مما يدل على وجود فرق (لكنه غير جوهرى) بين الواقع والمثال فى السلوك التربوى.

٢ـ ترتبط درجات دليل مفهوم الذات (تطابق مفهوم الذات الواقعى والمثالى) باعتباره مقياسا لتقبل الذات، ارتباطاً موجباً ودالاً بدرجات دليل السلوك التربوى للمعلمين (تطابق السلوك التربوى الواقعى والمثالى) باعتباره مقياساً لتقبل السلوك التربوى.

٣ـ متوسط دليل السلوك التربوى (ارتباط السلوك التربوى الواقعى والمثالى) لدى الطلاب المدرسين أعلى منه لدى المدرسين العاملين بدرجة ذات دلالة إحصائية، على أساس أن الطلاب المدرسين مازالوا متأثرين بالمفاهيم التربوية المثالية التى يدرسونها، بينما المدرسون العاملون يتأثرون بواقع الحياة العملية.

٤ـ الفرق بين الواقع والمثال فى مفهوم الذات أقل من الفرق بين الواقع والمثال فى السلوك التربوى خاصة فى حالة المدرسين العاملين.

٥ـ التباعد بين مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى يكون أقل فى مفهوم الذات العام وأكثر فى مفهوم الذات الجسمى، مع وجود تباعد أكثر بدرجة دالة فى مفهوم الذات الجسمى فى جماعة الطلاب ـ المدرسين (الشباب) عنه فى جماعة المدرسين العاملين.

٦ـ التباعد بين السلوك التربوى والواقعى والسلوك التربوى المثالى يكون قليلاً فى مجال «خارج المدرسة» ومتوسطاً فى مجال «المدرسة» وكبيراً فى مجال «الفصل». مع وجود تباعد أقل

بدرجة دالة فى مجال «الفصل» فى جماعة الطلاب ـ المدرسين عنه فى جماعة المدرسين العاملين.

الدراسة الميدانية:

للتحقق من مدى صحة الفروض التى اقترحها الباحث وضعت خطة الدراسة الميدانية على النحو التالى:

- اختيار عينة لإجراء دراسة استطلاعية بهدف إنشاء أدوات البحث.
- إنشاء اختبارين أحدهما لمفهوم الذات والآخر للسلوك التربوى.
- اختيار عينة البحث بحيث تضم العينة الكلية عينتين فرعيتين، إحداهما من المدرسين العاملين، والأخرى من الطلاب ـ المدرسين.
- إجراء الاختبارين على أفراد عينة البحث.
- القيام بالتحليل الإحصائى للبيانات.
- تقرير النتائج وتفسيرها.
- استخلاص التطبيقات والتوصيات التربوية.

عينات الدراسة:

استخدم فى البحث الحالى نوعان من العينات، تم اختيار أفرادهما بالطريقة الصدفية حيث كانوا من مصدرين:

١ـ مدرسون عاملون ببعض المدارس بمكة المكرمة وجدة أهمها مدرسة مكة الثانوية ومعهد مكة العلمى ومدرسة الشاطئ الثانوية بجدة، وقد تطوعوا اختيارياً للاستجابة، ويطلق عليهم فى البحث الحالى **«المدرسون العاملون»**.

٢ـ طلاب البكالوريوس بكلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز بمكة المكرمة الذين يدرس لهم الباحث عام ٩٥ـ١٣٩٦هـ، والذين يقومون بالتدريس تحت التمرين فى التربية العملية فى المدارس، ويطلق عليهم فى البحث الحالى **«الطلاب ـ المدرسون»**

وقد قسم الأفراد من مدرسين عاملين، وطلاب ـ مدرسين إلى عينتين:

أ ـ عينة الدراسة الاستطلاعية: وتتكون من ٥٠ فرداً نصفهم من المدرسين العاملين ونصفهم من الطلاب ـ المدرسين.

ب ـ **عينة البحث**: وتتكون من ١٥٠ فرداً هم أفراد عينة البحث الأصلية (منهم ٧٠ مدرساً عاملاً متوسط أعمارهم ٣٢ سنة، و ٨٠ طالباً ـ مدرساً ـ متوسط أعمارهم ٢٢ سنة). استبعد منهم ٢٠ فرداً (٥ مدرسين عاملين، و ١٥ طالباً ـ مدرساً)(١). وبقى ١٣٠ فرداً هم أفراد عينة البحث النهائية (منهم ٦٥ عاملاً، و ٦٥ طالباً ـ مدرساً).

الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء دراسة استطلاعية على أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية (غير عينة البحث) كما سبق وصفها.

وكان الهدف من الدراسة الاستطلاعية إنشاء الاختبارين المستخدمين فى البحث. وتمت الدراسة على النحو التالى:

- جمع بيانات اختبار مفهوم الذات واختبار السلوك التربوى.
- تجربة الاختبارين بعد إنشائهما وتحليل فقراتهما واستبعاد غير الفارق وغير الواضح وتعديل ما يلزم منها والتأكد من ملاءمة الاختبارين للتطبيق من حيث وضوح التعليمات والزمن الذى يستغرقه أداء كل منهما.
- معرفة إمكان تطوير الطريقة التقليدية لتقدير الذات التصنيفى.

وقد تحققت أهداف الدراسة الاستطلاعية ـ كما هو وارد فى مكانه فى الكلام عن الاختبارات ـ حيث أفادت فى جمع البيانات للاختبارين وتجربتهما وتعديلهما وتطوير طريقة تقدير الذات التصنيفى.

طريقة تقدير الذات «التصنيفى»: Self-rating Q-sort

يعتبر تقدير وقياس الذات ذا أهمية خاصة فى الدراسة الحالية. وكان من المهم قبل تقرير أى طريقة تستخدم فى التقدير والقياس، تقرير أى نوع من الدرجات هو المطلوب، وأى نوع من التفسير يمكن إضافته إلى هذه الدرجات.

كان الهدف الرئيس هو الحصول على دليل مفهوم الذات، ودليل مفهوم السلوك التربوى. وسبق للباحث أن فحص واستعرض كل الطرق الخاصة بقياس وتقدير الذات وبصفة خاصة الدراسات والبحوث المتعلقة بالمشكلات العامة فى قياس الذات الظاهرية.

وقد استخدم الباحثون فى مفهوم الذات طريقة تقدير الذات «التصنيفى» والاستخبارات،

(١) أسباب الاستبعاد موضحة فى مكانها عند الكلام عن أدوات البحث.

وقوائم الصفات، ومقاييس التقدير... إلخ. ومن بين هذه الطرق لقيت طريقة تقدير الذات «التصنيفى» اهتماماً بالغاً واعتبرت من أنجح هذه الطرق فى تحقيق الهدف إن لم تكن أفضلها جميعاً.

ويحسن هنا إعطاء فكرة مختصرة عن طريقة الاختبار التصنيفى Q-sort technique (أو باختصار طريقة ق Q-sort) التى اقترحها ستيفينسون Stephenson (١٩٥٣) والتى طور على أساسها طريقته الإحصائية المعروفة بهذا الاسم.

كتب ستيفينسون يقول: «.... والآن يمكن أن ندرس بطريقة عملية اتجاهات الإنسان، وتفكيره، وشخصيته، وتفاعله الاجتماعى، وذاته، وكل ما يعتبره الآخرون موضوعياً بالنسبة لهم، وكل ما يعتبره هو ذاتياً بالنسبة له، بدون استخدام المقاييس التقليدية الشائعة فى علم النفس، ويمكن تحقيق هذا باستخدام طريقة تقدير الذات التصنيفى. وكان من المعتقد والشائع أن من الضرورى العمل مع عدد كبير من الأفراد فى العينات فى علم النفس حتى نحصل على تعميمات صادقة بقدر الإمكان، والآن يمكننا أن نعمل مع فرد واحد فقط، ورغم هذا نصل إلى نتائج صادقة وعلمية».

ومن الخصائص الرئيسة لطريقة تقدير الذات التصنيفى أنها تمكن من القيام بدراسة إحصائية عاملية على فرد واحد أو جماعة صغيرة من الأفراد. والفرق الرئيس بين الطريقة الإحصائية التى تتضمنها طريقة تقدير الذات التصنيفى المسماة «طريقة ق» أى التحليل العاملى المعكوس، وبين طريقة التحليل العاملى العادى المسماة «طريقة ر»، R-technique هو أن طريقة التحليل العاملى المعكوس تحسب معاملات الارتباط بين الأفراد (أو نفس الفرد فى أوقات مختلفة) بعكس طريقة التحليل العاملى العادى حيث تحسب معاملات الارتباط بين الاختبارات أو المتغيرات المختلفة. وبعبارة أخرى فإن التحليل فى «طريقة ق» يجرى على «عينة» من العبارات أو ما شابهها، وتحلل الارتباطات بين الأعمدة الخاصة بالفرد، أما فى «طريقة ر» فإن الاختبارات تجرى على عينة من الأفراد وتحسب الارتباطات بين درجات الاختبارات وتحلل معاملات الارتباط هذه (انظر بيرت وستيفينسون Burt & Stephenson، ١٩٣٩).

وفى الإجراء التقليدى لطريقة تقدير الذات التصنيفى(١) يجمع عدد كبير من العبارات التى تصف الذات (أو سلوك الشخص) من جماعات مماثلة لأفراد عينة الدراسة، وتكتب كل منها على بطاقة صغيرة من الورق المقوى، ويكون لها رقم مسلسل، وتوضع فى

(١) سبق للباحث أن اتبع هذه الإجراء التقليدى لطريقة تقدير الذات التصنيفى (حامد زهران Zahran ، ١٩٦٦).

مظروف صغير. وتستخدم لوحة للتصنيف فى أعلاها قسم رئيس توضع فيه جميع البطاقات قبل تصنيفها، ويتفرع منه ثلاثة أقسام فرعية يكتب عليها كلمات مرشدة. فمثلاً فى أحدها (الواقع إلى اليمين) تكتب «تنطبق» ليضع فيه الفرد البطاقات التى تنطبق عليه، وفى الآخر (الواقع إلى اليسار) تكتب «لا تنطبق» ليضع فيها البطاقات التى لا تنطبق عليه، وفى القسم الأوسط تكتب «بين بين» ليضع فيها البطاقات التى تحتل مكاناً وسطاً. وقد يتفرع كل من هذه الأقسام الفرعية الثلاثة إلى أقسام ثلاثة فرعية أصغر فيصبح عددها تسعة أقسام فرعية أصغر، ويكتب عليها هى الأخرى كلمات مرشدة للمساعدة فى عملية التصنيف. ويستأنف الفرد تصنيف البطاقات التى «تنطبق» إلى ثلاثة أقسام فرعية أصغر: «تنطبق جداً، تنطبق، تنطبق الى حد ما»، ويصنف البطاقات التى «بين بين» إلى ثلاثة أقسام فرعية أصغر، «تميل إلى الانطباق، بين بين، تميل إلى عدم الانطباق»، ويصنف البطاقات التى «لا تنطبق» إلى ثلاثة أقسام فرعية أصغر: «لا تنطبق إلى حد ما، لا تنطبق، لا تنطبق مطلقاً». ويطلب من الفرد أن يكون تصنيفه موجها ليكون فى النهاية توزيعاً شبه اعتدالى Quasi-normal للعبارات وذلك بأن يضع عددا معيناً منها فى كل قسم (كبير فى الوسط ويقل نحو الطرفين).

وفى جلسة أخرى يصنف الفرد نفس العبارات مرة أخرى بنفس الطريقة بالنسبة لمفهوم الذات المثالى أو السلوك المثالى (مثلاً). ويستعان بلوحة تصنيف أخرى عليها كلمات مرشدة أخرى للمساعدة فى عملية التصنيف مثل «أود أن أكون، أو لا أود أن أكون، بين بين» ... وهكذا.

وبعد ذلك تسجل الاستجابات فى ورقة تسجيل خاصة بعد ترتيب البطاقات حسب أرقامها المسلسلة.

وفى التصحيح تعطى قيمة من ١ إلى ٩ لكل عبارة حسب القسم الذى اختار الفرد أن يضعها فيه فى التصنيف الأول، وهكذا فى التصنيف الثانى.

وفى التحليل الإحصائى تجرى عملية إحصائية على درجات كل فرد على حدة لحساب معامل الارتباط بين درجاته فى التصنيف الأول (الخاص بتقدير مفهوم الذات الواقعى مثلاً) وبين درجاته فى التصنيف الثانى لنفس العبارات (والخاص بتقدير مفهوم الذات المثالى مثلا). ويمثل معامل الارتباط الناتج دليل مفهوم الذات (مثلاً).

هذا وقد تستخدم نتائج تقدير الذات التصنيفى أيضاً فى الحصول على وصف الذات. وفى هذه الحالة يمكن حساب متوسطات الدرجات للعبارات التى تمثل أبعاد مفهوم الذات (مثلاً) واحداً واحداً كما يحدث فى اختبارات الشخصية العادية (كرونباخ Cronbach ، ١٩٦١).

أما عن الحكمة فى حث المفحوص (أو إجباره) على أن يصنف العبارات تصنيفاً شبه اعتدالى فى الأقسام الموجبة والأقسام السالبة والأقسام المتوسطة، فهو لمقاومة عامل مراعاة القبول الاجتماعى، ولتجنب تساوى الأفراد الذين تنطبق عليهم عبارات المقياس فى مرتى القياس أو التقدير مع الأفراد الذين لا تنطبق عليهم عبارات المقياس فى القياس أو التقدير، لأنه فى كل من الحالتين سيكون دليل مفهوم الذات موجباً، رغم اختلاف أفراد الفريق الأول عن أفراد الفريق الثانى فى صفاتهم النفسية.

ورغم هذا فقد انتقد إيزينك Eysenck (١٩٥٤) طريقة تقدير الذات التصنيفى على أساس نقص الأدلة المنشورة على ثباتها وصدقها. ولكن البحوث التى تلت طمأنت الدارسين إذ توفرت الأدلة المنشورة على ثباتها وصدقها.

ولقد أثيرت عدة اعتراضات على طريقة تقدير الذات التصنيفى بخصوص فرض التوزيع شبه الاعتدالى على الفرد، فمثلاً اعترض كرونباخ وجليسر Cronbach & Glesser (١٩٥٤)، وفضل ليفسون ونيكولز Livson & Nichols (١٩٥٦) أن يكون التصنيف منتظماً فى شكل متساوRectangular . وأوصى جونز Jones (١٩٥٦) باتباع التصنيف الحر. وقد تعرض الباحث (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦) لهذا الموضوع ووجد أن كلاً من الأسلوبين - أى إجبار الفرد على التصنيف الاعتدالى للعبارات أو تركه يصنفها على حريته أسلوبان غير مرغوبين وأن التصنيف المنتظم المتساوى هو أنسب الأشكال.

وأخطر نقد وجه إلى طريقة تقدير الذات التصنيفى هو ما أثارته روث ويلى Wylie (١٩٦١) حول وجود أثر عامل مراعاة القبول الاجتماعى Social desirability (وهو ميل دفاعى عن الذات) حيث يحاول الفرد أن يعرض صورة مقبولة اجتماعياً لذاته، وذلك بأن يبرز السمات المقبولة اجتماعياً. وقد أكد إدواردز Edwards ضرورة ضبط هذا العامل الهام فى أى دراسة كلينيكية عن مدى تطابق مفهوم الذات الواقعى والمثالى. ويقرر روجرز Rogers (١٩٥١) أن أحسن طريقة لفهم السلوك هو من الإطار المرجعى للسالك نفسه، وأنه ليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه[١] ، ومن ثم فإنه يثق ثقة بالغة فى التقارير الذاتية، ووجد تشودوركوف Chodorkoff (١٩٥٤) أن عامل مراعاة القبول الاجتماعي يقل فى حالة الأشخاص المتوافقين (بسبب قلة الدفاع الإدراكي لديهم) بينما وجدت روث ويلى Wylie (١٩٥٧) أن هذا العامل يزداد أثره فى حالات مفهوم الذات السالب (بسبب زيادة الدفاع الإدراكى لديهم).

---

(١) يقول الشاعر: إن رب البيت أدرى بالذى فيه يكون

ووجد روزين Rosen (١٩٥٦) أن هذا العامل ينقسم إلى قسمين: عامل مراعاة القبول الشخصى Personal desirability وعامل مراعاة القبول الاجتماعى (كما يدركه الفرد) Preceived social desirability ولكن فيرنون Vernon (١٩٦٤) أشار إلى أن انتقادات ويلى هدامة وفى غير محلها، وذلك بالنسبة للنتائج المفيدة التى حصل عليها الباحثون من استخدام هذه الطريقة. وقد وجد الباحث أن عامل مراعاة القبول الاجتماعى لم يكن هداماً بالدرجة التى بالغ فيها النقاد، خاصة فى حالة وجود مفهوم الذات الموجب. أما أثره الذى يجب أن يعمل حسابه؛ فيظهر فى حالات وجود مفهوم الذات السالب.وعلى كل حال فقد وجد أنه ـ تقليلاً لأثر عامل مراعاة القبول الاجتماعى فى تقدير الذات التصنيفى ـ يحسن فرض التصنيف الإجبارى. ويجب ألا ننسى أن مراعاة القبول الاجتماعى (عامل دفاعى) وهو إحدى وظائف الذات. فالفرد لديه ميل أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته.

وبعد هذا كله، يقرر الباحث أنه اطمأن إلى طريقة تقدير الذات التصنيفى من خلال دراسته (حامد زهران Zahran، ١٩٦٦)، وفى البحوث التى قام بها طلابه فى الدراسات العليا فى رسائلهم(١)، ومن ثم تقرر استخدامها فى البحث الحالى.

اختبار مفهوم الذات:(٢)

فى ضوء تقدير الذات التصنيفى، أعد الباحث «اختبار مفهوم الذات». وكان الهدف من إعداده، هو الحصول على «دليل مفهوم الذات» (أى درجة تطابق أو ارتباط مفهوم الذات الواقعى مع مفهوم الذات المثالى). وكانت خطوات إنشاء الاختبار على النحو التالى:

تم إعداد «**استفتاء مفهوم الذات**» وهو استفتاء مبدئى لجمع عبارات عن مفهوم الذات. طلب فيه من المستجيب أن يكتب عبارتين تصفان ذاته، وتوضحان فكرته عن ذاته تحت خمسة أبعاد فى ثلاثة اتجاهات حددت فى ضوء دراسة عاملية سابقة للباحث (حامد زهرانZahran، ١٩٦٦)(٣) وهى:

١ـ البعد الجسمى　　　　٢ـ البعد العقلى

(١) أنور الشرقاوى (١٩٧٠). دراسة لأبعاد مفهوم الذات لدى الجانحين. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة عين شمس. سيد الطوخى (١٩٧٤). دراسة لمفهوم الذات لدى المراهقين بالريف والحضر. رسالة ماجستير. كلية التربية، جامعة عين شمس.

(٢) انظر اختبار مفهوم الذات (فى ملحق البحث).

(٣) استرشد الباحث أيضاً بدراسة جيرسيلد Jersild (١٩٥٢) التى أورد فيها قائمة شاملة لما يمكن أن تتضمنه بنية الذات من أنماط مثل: الصفات الجسمية، الحالة الصحية، المظهر الخارجى، الأسرة، الميول، القدرات، المواهب، المدرسة، الاتجاهات النفسية، العلاقات الاجتماعية، الاستقلال والاعتماد على النفس، الدين، والخصوصيات.

٣ـ البعد الانفعالى ٤ـ البعد الاجتماعى ٥ـ البعد العام.

ووضع للمستجيب مثال إيضاحى تحت كل بعد يسترشد به فى استجابته. وأعطى الاستفتاء المبدئى لأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية. وجمعت العبارات وعددها ١٥٠٠ عبارة (عبارتين فى كل بعد من الأبعاد الخمسة فى كل اتجاه من الاتجاهات الثلاثة من خمسين فرداً (أى ٢×٥×٣×٥٠) استبعدت منها العبارات المكررة والمنفية ـ وهى كثيرة ـ واستبقيت أوضح العبارات المتقاربة فى المعنى.

وتم اختيار ١٥ عبارة تحت كل بعد من الأبعاد ١، ٢، ٣، ٥، و ٣٠ عبارة تحت البعد الرابع، وأعدت **طبعة تجريبية** من اختبار مفهوم الذات تتكون من ٩٠ عبارة.

وأعطيت الطبعة التجريبية من الاختبار لأفراد عينة الدراسة الاستطلاعية بقصد تحليل الفقرات لاستبعاد غير الفارق وغير الواضح وتعديل ما يلزم تعديله من الفقرات.

ثم تم اختيار عشر عبارات تحت كل بعد من الأبعاد ١، ٢، ٣، ٥، و ٢٠ عبارة تحت البعد الرابع ـ روعى فيها الشمول ـ بحيث أصبح الاختبار النهائى يتكون من ٦٠ عبارة.

وقد تم فى البحث الحالى **تطوير الطريقة التقليدية لتقدير الذات التصنيفى**. فقد جرب الباحث فى الدراسة الاستطلاعية طريقة جديدة تؤدى (خاصة فى اختبار الكبار مثل المعلمين أو طلاب الجامعة) إلى الاستغناء عن لوحة التصنيف والبطاقات، والاكتفاء بثلاثة أقسام للتصنيف حيث أنه فى التحليل الإحصائى (حساب معامل الارتباط الرباعى) تختصر الأقسام التسعة إلى ثلاثة فقط. وفى الطريقة المعدلة كتبت العبارات مع أرقامها مسلسلة ومرتبة فى **«كراسة الاختبار»** فى قسمين يحتوى كل قسم على ٣٠ عبارة تصف الذات. ويوزع مع كراسة الاختبار.

«ورقة الاستجابة»[(١)] وهى مقسمة إلى قسمين يتمشيان مع ما هو وارد فى كراسة الاختبار. والغرض من تقسيم عبارات الاختبار الستين إلى قسمين (فى كل قسم ٣٠ عبارة) هو تسهيل عملية موازنة تصنيف العبارات بالتساوى فى الأعمدة الثلاثة بحيث يحتوى كل عمود فى كل قسم على ١٠ علامات تقريباً بقدر الإمكان.

ويصنف المستجيب نفس عبارات مفهوم الذات مرتين:

١ـ حسب مفهوم الذات الواقعى (المدرك)، أى كما ينطبق على ذاته فى الوقت الحاضر.

٢ـ حسب مفهوم الذات المثالى، أى كما يود أن تتصف به ذاته فى المستقبل.

(١) انظر «ورقة الاستجابة» ولاحظ الفرق بين ١ و ٢ فى ملحق ٢ .

ويتم التصنيف الأول (مفهوم الذات الواقعى) فى جلسة، ويتم التصنيف الثانى (مفهوم الذات المثالى) فى جلسة أخرى (فى اليوم التالى أو الذى يليه). وجدير بالذكر أن أداء الاختبار يستغرق فى الجلسة حوالى ثلث ساعة، أى حوالى ٤٠ دقيقة فى الجلستين).

ويلاحظ أن عبارات الاختبار واحدة بالنسبة للتصنيفين الأول والثانى.

أما **التعليمات**[(١)] فتختلف فى مرتى الاختبار، حيث أعدت تعليمات:

١ـ خاصة بمفهوم الذات الواقعى ٢ـ خاصة بمفهوم الذات المثالى.

وقد روعى فى التعليمات أن تكون مفصلة وواضحة بحيث يفهمها كل مستجيب، ويستطيع وحده أو مع الجماعة أن يؤدى الاختبار على الوجه الصحيح.

كذلك يوجد اختلاف فى ورقة الاستجابة الخاصة بالتصنيف الأول عن تلك الخاصة بالتصنيف الثانى، حيث تستخدم كلمات مرشدة مختلفة مكتوبة فى أعلى الأعمدة . ثم تبدأ عملية «**المراجعة**» فتراجع أوراق الاستجابة بحيث يستبقى ضمن أفراد العينة النهائية أولئك الذين استجابوا استجابة دقيقة حسب التعليمات فى مرتى الاختبار. واستبعد ثلاث فئات هم أصحاب:

١ـ الأوراق الناقصة (التى ترك صاحبها بعض العبارات دون استجابة).

٢ـ الأوراق غير المتوازنة (التى استجاب صاحبها استجابات غير متوازنة بالنسبة للأعمدة الثلاثة).

٣ـ الأوراق المفردة (التى استجاب صاحبها فى المرة الأولى وغاب فى المرة الثانية).

ثم تبدأ عملية «**التسجيل**» فيجمع بين ورقتى الاستجابة لكل فرد على حدة، وتسجل استجاباته على «نموذج حساب معامل الارتباط الرباعى» حيث ترصد تقديرات مفهوم الذات الواقعى فى العمود الأول وتقديرات مفهوم الذات المثالى فى العمود الثانى.

ويسير «**حساب معامل الارتباط الرباعى**» بين تقديرات المستجيب فى المرة الأولى وتقديراته فى المرة الثانية للحصول على «دليل مفهوم الذات»، أى ارتباط مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى، وذلك حسب خطوات موضحة فى نموذج حساب معامل الارتباط الرباعى، حيث تعد التقديرات المتفقة فى الاختبارين، ويسجل المجموع فى كل من الاتجاهات الثلاثة (الموجب والأوسط والسالب) فى خلايا جدول (ثلاثة × ثلاثة)، وتملأ بقية الخلايا بحيث يكون مجموع كل الصفوف وكل الأعمدة يساوى ثلث ن (فى هذه الحالة = ٢٠، ن = ٦٠)، ثم يحول

(١) انظر «التعليمات» فى ملحق البحث ولاحظ الفرق بين التعليمات ١، ٢ (وورقة الاستجابة ١، ٢).

هذا الجدول إلى جدول رباعى (اثنين × اثنين) حسب ما هو موضح فى نموذج معد لذلك... وهكذا حتى نصل إلى معامل الارتباط الرباعى.

وبعد ذلك تحسب «درجة التباعد بالنسبة لأبعاد مفهوم الذات الخمسة كل على حدة، وهى عبارة عن الفرق المطلق بين التقديرات الخاصة بالعبارات فى كل بعد فى مرتى التصنيف (الواقعى والمثالى) (حاصل الطرح بدون علامات جبرية).[١]

أما عن **صدق الاختبار** فقد اعتمد الباحث على الصدق المنطقى للاختبار بحكم طريقة إنشائه، إذ أن جميع عباراته مأخوذة من وصف الذات مكتوباً بأقلام وعلى لسان أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية المماثلين لأفراد عينة البحث من حيث الجنس والسن والمهنة. كذلك اتخذ الباحث من المدرسين العاملين والطلاب ـ المدرسين أنفسهم حكاماً فى تصنيف العبارات (وذلك غير ما جرت عليه العادة من تحكيم أساتذة علم النفس).

وأما عن **ثبات الاختبار** فقد اتبع الباحث طريقة إعادة الاختبار على نصف أفراد عينة البحث لقياس مدى ثباته (بفاصل زمنى أسبوعين). وكان معامل ثبات الاختبار بهذه الطريقة ٩٣ر٠.

اختبار السلوك التربوى:[٢]

بنفس طريقة إنشاء اختبار مفهوم الذات ـ مع فارق فى المحتوى ـ تم إنشاء «اختبار السلوك التربوى» للمعلمين فى ضوء طريقة تقدير الذات التصنيفى بهدف الحصول على «دليل السلوك التربوى» للمعلمين، أى درجة تطابق السلوك التربوى الواقعى مع السلوك التربوى المثالى.

وقد تم إنشاء الاختبار فى خطوات على النحو التالى:

إعداد «**استفتاء السلوك التربوى**» للمعلمين، وهو استفتاء مبدئى لجمع عبارات عن السلوك التربوى للمعلمين يحدد السلوك التربوى فى مجالات ثلاثة شاملة:

١ـ فى الفصل (غرفة الدراسة) ٢ـ فى المدرسة

٣ـ خارج المدرسة، بحيث تعبر العبارات عن اتجاهات ثلاثة:

أ ـ أشياء يعملها المعلم أو يجب أن يعملها (لأنها سليمة تربوياً أو لأنه مقتنع بها).

ب ـ أشياء لا يعملها المعلم أو يجب ألا يعملها (ولكن بعض المربين يعملونها).

جـ ـ أشياء يعملها المعلم أحياناً ولا يعملها أحياناً، أو يجوز أن يعملها ويجوز ألا يعملها (حسب الظروف).

(١) قسمت درجات التباعد فى البعد الرابع على ٢ لأن عدد عباراته ضعف عدد العبارات فى الأقسام الأخرى.

(٢) انظر اختبار السلوك التربوى (فى ملحق البحث).

ووضع للمستجيب مثال إيضاحى واحد تحت كل مجال يسترشد به فى استجابته. وأعطى الاستفتاء المبدئى لعينة الدراسة الاستطلاعية. وجمعت العبارات وعددها ٩٠٠ عبارة (أى فى كل مجال من المجالات الثلاثة فى كل اتجاه من الاتجاهات الثلاثة من ٥٠ فرداً، أى ٢×٣×٣×٥٠) استبعدت منها العبارات المكررة والمنفية واستبقيت أوضح العبارات المتقاربة فى المعنى. وتم اختيار عدد متوازن من العبارات يعبر عن الاتجاهات الثلاثة وفى المجالات الثلاثة. وأعدت طبعة تجريبية من الاختبار تتكون من ٩٠ عبارة.

وفى الدراسة الاستطلاعية، أعطيت الطبعة التجريبية من الاختبار لأفراد عينتها، بقصد تحليل الفقرات لاستبعاد غير الفارق وغير الواضح وتعديل ما يلزم تعديله من فقرات.

وتم اختيار ٦٠ عبارة، روعى فيها مبدأ الشمول بحيث تمثل الاتجاهات الثلاثة والمجالات الثلاثة وتكون منها الاختبار النهائى (٢٠ عبارة تحت كل من المجالات الثلاثة). وقد أعد الاختبار فى ضوء تطوير الطريقة التقليدية لتقدير الذات التصنيفى كما ورد فى اختبار مفهوم الذات.

ويصنف المستجيب نفس عبارات السلوك التربوى مرتين:

١ـ حسب السلوك التربوى الواقعى (كما يعمله فعلاً).

٢ـ حسب السلوك التربوى المثالى (كما يجب أن يعمله).

ويتم كل من التصنيفين على حدة فى جلسة (تستغرق ٢٠ دقيقة) ويفصلها عن الجلسة الثانية (التى تستغرق هى الأخرى ٢٠دقيقة) يوم على الأقل.

وعبارات الاختبار واحدة فى التصنيفين الأول والثانى، والذى يختلف هو التعليمات(١) حيث أعدت تعليمات:

١ـ خاصة بالسلوك التربوى الواقعى. ٢ـ خاصة بالسلوك التربوى المثالى.

ويوجد اختلاف فى ورقة الاستجابة(٢) فى كل من التصنيفين إذ تحتوى كل منهما على كلمات مرشدة فى أعلى الأعمدة تختلف فى التصنيف الأول عنها فى التصنيف الثانى.

وتتم مراجعة أوراق الاستجابة بنفس الأسلوب الذى اتبع فى اختبار مفهوم الذات. كذلك يتم تسجيل استجابات كل فرد على حدة فى مرتى الاختبار من واقع ورقتى الاستجابة على

(١) انظر «التعليمات» ولاحظ الفرق بين التعليمات ١ و ٢ (فى ملحق البحث).

(٢) انظر «ورقة الاستجابة» ولاحظ الفرق بين الاستجابة ١ و ٢ (فى ملحق البحث).

«نموذج حساب معامل الارتباط الرباعى» بين تقديرات الفرد فى السلوك التربوى الواقعى وتقديراته فى السلوك التربوى المثالى.

ثم تحسب درجة **التباعد** بالنسبة للمجالات الثلاثة كل على حدة بين التقديرات الخاصة بالعبارات فى كل قسم فى مرتى التصنيف الواقعى والمثالى.

أما عن **صدق الاختبار** فقد أخذ الباحث بالصدق المنطقى للاختبار بحكم طريقة إنشائه. فجميع عباراته مأخوذة من تحديد السلوك التربوى كما كتبه أفراد مماثلون لأفراد عينة البحث جنساً وسناً ومهنة. واتخذ الباحث من المدرسين العاملين والطلاب ـ المدرسين أنفسهم حكاماً فى تصنيف العبارات بدلاً من تحكيم أساتذة علم النفس.

وأما عن **ثبات الاختبار** فقد أثبتت طريقة إعادة تطبيقه على نصف أفراد عينة البحث (بفاصل زمنى أسبوعين) أن معامل ثباته ٨٦, ٠.

التحليل الإحصائى:

للتحقق من مدى صحة فروض البحث، وبعد أن تم إجراء الاختبارات جماعياً وتصحيحها، استخدم الباحث الأساليب الإحصائية الآتية:

حساب معامل الارتباط الرباعى بين تقديرات كل فرد فى:

أ ـ فقرات اختبار مفهوم الذات الواقعى، ومفهوم الذات المثالى للحصول على دليل مفهوم الذات بالنسبة لكل فرد من أفراد العينة.

ب ـ فقرات اختبار السلوك التربوى الواقعى، والسلوك التربوى المثالى للحصول على دليل السلوك التربوى بالنسبة لكل فرد من أفراد العينة.(١)

حساب معامل الارتباط التتابعى (بيرسون) بين درجات أفراد العينة فى:

أ ـ دليل مفهوم الذات.

ب ـ دليل السلوك التربوى.

حساب المتوسط والانحراف المعيارى لدرجات:

أ ـ دليل مفهوم الذات.

ب ـ دليل السلوك التربوى.

---

(١) ضربت جميع معاملات الارتباط الرباعى × ١٠٠ للتخلص من العاملات العشرية.

حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين:

أ ـ متوسط درجات دليل مفهوم الذات لدى المدرسين العاملين ولدى الطلاب ـ المدرسين.

ب ـ متوسط درجات دليل السلوك التربوى لدى المدرسين العاملين ولدى الطلاب ـ المدرسين.

حساب درجة التباعد بين التقديرات الواقعية والتقديرات المثالية فى:

أ ـ أبعاد مفهوم الذات.

ب ـ مجالات السلوك التربوى.

حساب المتوسط والانحراف المعيارى لدرجات التباعد فى:

أ ـ أبعاد مفهوم الذات.

ب ـ مجالات السلوك التربوى.

حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين:

أ ـ متوسطات درجات أبعاد مفهوم الذات.

ب ـ متوسطات درجات مجالات السلوك التربوى.

النتائج وتفسيرها:

١ـ بالنسبة للعينة الكلية، وجد معامل ارتباط موجب ودال ـ ولكنه غير كامل ـ بين درجات مفهوم الذات الواقعى ودرجات مفهوم الذات المثالى (٠,٦٦٢). ووجد كذلك معامل ارتباط موجب ودال ـ ولكنه غير كامل ـ بين درجات السلوك التربوى الواقعى ودرجات السلوك التربوى المثالى (٠,٦٢٩) (انظر جدول ١). وهذا يحقق الفرض الأول. وتفسر هذه النتيجة فى ضوء أن أفراد عينة البحث من العاديين، وأن مفهوم الذات الواقعى عند العاديين يرتبط ارتباطاً موجباً ودالاً بمفهوم الذات المثالى. وكذلك الحال بالنسبة للسلوك التربوى الواقعى والسلوك التربوى المثالى. كذلك فإن كلا من دليل مفهوم الذات ودليل السلوك التربوى يتوزع فى العينات العادية توزيعاً اعتدالياً. وتؤكد صحة هذه النتيجة أن التطابق الكامل بين الواقع والمثالية لدى الشخص العادى أمر لا يحدث سواء فى مفهوم الذات أو فى السلوك.

٢ـ بالنسبة للعينة الكلية أيضاً، وجد معامل ارتباط موجب ودال (٠,٤٦٨) بين دليل مفهوم

الذات ودليل السلوك التربوى (انظر جدول ٢). وقد جاء هذا الارتباط فى الاتجاه المفترض مما يثبت صحة الفرض الثانى. وهذا يفسر فى ضوء ارتباط مفهوم الذات بالسلوك بصفة عام وعلى رأسه (فى حالة المعلمين) السلوك التربوى باعتباره أهم مظاهر السلوك. وتؤكد هذه النتيجة قول روجرز بأن التطابق بين مفهوم الذات الواقعى ومفهوم الذات المثالى يقابله تطابق بين السلوك الواقعى والسلوك المثالى. ومعلوم أن درجة دليل مفهوم الذات أو درجة دليل السلوك التربوى المرتفعة تدل على الارتباط والتقارب ين المفهوم الواقعى والمفهوم المثالى. وهذا معناه تقبل الذات أو السلوك وبالتالى التوافق والصحة النفسية، والعكس صحيح.

٣ـ وجد أن متوسط دليل السلوك التربوى (أى متوسط معاملات ارتباط السلوك التربوى الواقعى والسلوك التربوى المثالى) لدى الطلاب ـ المدرسين (٦٨,٢٨) أعلى منه لدى المدرسين العاملين (٥٧,٥٤)بدرجة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠١ (انظر جدول ١). وهذا يثبت صحة الفرض الثالث. وتفسير ذلك أن الطلاب ـ المدرسين يقترب سلوكهم فى التربية العملية من المثالية بقدر الإمكان، لأنهم مازالوا متأثرين بالمفاهيم التربوية المثالية التى يدرسونها فى كلية التربية، وأنهم لم يتعرضوا بعد للمؤثرات الواقعية فى واقع الحياة العملية التى تبعد السلوك التربوى الواقعى للمدرسين العاملين بعض الشىء عن السلوك التربوى المثالى.

٤ـ أظهر التحليل الإحصائى أن متوسط درجات دليل مفهوم الذات أعلى من متوسط درجات دليل السلوك التربوى. فبالنسبة للعينة الكلية كان متوسط دليل مفهوم الذات ٦٦,١٥ بينما متوسط دليل السلوك التربوى ٦٢,٩١. وكان متوسط دليل مفهوم الذات لدى المدرسين العاملين (٦٥,٣٤) أعلى من متوسط دليل السلوك التربوى لديهم (٥٧,٥٤). بينما عكس الحال كان لدى الطلاب ـ المدرسين الذين وجد أن متوسط دليل السلوك التربوى لديهم ٦٨,٢٨ وهو أعلى من متوسط دليل مفهوم الذات (٦٦,٩٥) (انظر جدول ١). وهنا أيضاً تتأكد صحة الفرض الرابع. وتفسير ذلك يرجع إلى تأثر دليل السلوك التربوى بواقع الحياة العملية تأثراً مباشراً أكثر نسبياً من تأثر دليل مفهوم الذات. ومرة أخرى يتضح أثر تعلق الطلاب ـ المدرسين بأهداب السلوك التربوى المثالى الذين مازالوا يدرسونه فى كلية التربية، وتأثر المدرسين العاملين الواضح بواقع العملية التربوية فى الحياة العملية.

٥ـ أوضح التحليل الإحصائى للتباعد بين مفهوم الذات الواقعى والمثالى على أبعاده الخمسة، أن الأبعاد الخمسة تترتب حسب متوسط درجة التباعد من الأقل تباعداً إلى الأكثر تباعداً (فى

العينة الكلية) على النحو التالى: مفهوم الذات العام، ثم الاجتماعى، ثم الجسمى، ثم العقلى، ثم الانفعالى (انظر جدول ٣). وقد اتفقت الجماعتان فى البعدين الأقل تباعداً (الجسمى والاجتماعى) واختلفتا فى بقية الأبعاد. أما عن الفروق بين جماعة المدرسين العاملين وجماعة الطلاب ـ المدرسين، فكانت ذات دلالة إحصائية فى مفهوم الذات الجسمى، حيث متوسط التباعد بين الواقع والمثال أكثر عند الطلاب ـ المدرسين. وهذا متوقع حيث إن جماعة الطلاب ـ المدرسين فى سن الشباب ويهتمون أكثر بمفهوم الذات الجسمى ويطمحون فى أن يكون مفهوم الذات الجسمى المثالى أعلى من الواقع. ووجد أيضاً فرق فى مفهوم الذات العام حيث متوسط التباعد بين الواقع والمثال أكثر عند المدرسين العاملين. وربما يرجع ذلك إلى أن جماعة الطلاب ـ المدرسين (الشباب) يميلون إلى إدراك الذات العامة واقعياً فى صورة أقرب إلى المثال، وذلك من باب تأكيد وتحقيق وتعزيز الذات. وهكذا تحقق هذه النتائج الفرض الخامس فيما عدا وجود الفرق الدال إحصائياً بين الجماعتين فى بعد مفهوم الذات العام الذى لم يشمله الفرض.

٦ـ أظهر التحليل الإحصائى أن التباعد بين السلوك التربوى الواقعى والمثالى فى مجالاته الثلاثة يترتب حسب متوسط درجة التباعد من الأقل تباعداً إلى الأكثر تباعداً فى العينة الكلية على النحو التالى: السلوك التربوى خارج المدرسة، ثم فى المدرسة، ثم فى الفصل. أما عن الفروق بين جماعة المدرسين العاملين وجماعة الطلاب ـ المدرسين، فكانت ذات دلالة إحصائية فى مجال الفصل حيث متوسط التباعد بين الواقع والمثال أقل عند الطلاب ـ المدرسين (انظر جدول ٣). وهذا متوقع حيث أن الطلاب ـ المدرسين يتوخون السلوك التربوى المثالى (النموذجى) فى الفصل أثناء العملية التعليمية (السلوك التربوى الواقعى) وذلك لتأثرهم وتعلقهم أكثر بالمفاهيم التربوية المثالية. وهكذا تحقق الفرض السادس.

جدول (١)
دليل مفهوم الذات ودليل السلوك التربوى
المتوسطات والانحرافات المعيارية
والدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات

	المدرسون العاملون ن = ٦٥		الطلاب ـ المدرسون ن = ٦٥		العينة الكلية ن = ١٣٠		الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المدرسين والطلاب	
	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	النسبة الحرجة	الدلالة الإحصائية
دليل مفهوم الذات	٦٥,٣٤	٢٣,٦٨	٦٦,٩٥	٢٧,٤٧	٦٦,١٥	٢٥,٥٨	٠,٥٠	غير دال
دليل السلوك التربوى	٥٧,٥٤	٢١,٥٨	٦٨,٢٨	٢٨,٣٩	٦٢,٩١	٢٤,٩٩	٣,٤٢	دال عند ٠,٠١

جدول (٢)
معاملات الارتباط بين دليل مفهوم الذات ودليل السلوك التربوى

	معامل الارتباط	مستوى الدلالة الإحصائية
المدرسون العاملون (ن = ٦٥)	٠,٤٦٦	دال عند مستوى ٠,٠١
الطلاب ـ المدرسون (ن = ٦٥)	٠,٤٧٠	دال عند مستوى ٠,٠١
العينة الكلية (ن = ١٣٠)	٠,٤٦٨	دال عند مستوى ٠,٠١

جدول (٣)

درجات التباعد بين الواقع والمثال (المتوسطات والانحرافات المعيارية والدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات)

الاختبار والإبعاد والمجالات	المدرسون العاملون ن = ٦٥		الطلاب ـ المدرسون ن = ٦٥		العينة الكلية ن = ١٣٠		الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات المدرسين العاملين والطلاب ـ المدرسين	
	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	المتوسط	الانحراف المعيارى	النسبة الحرجة	الدلالة الإحصائية
مفهوم الذات								
ـ الجسمى	٥,٥٨	٢,٩٢	٦,٤٨	٢,٨٠	٦,٠٣	٢,٩٠	٢,٥٠	دال عند مستوى ٠,٠٥
ـ العقلى	٦,٢٣	٢,٥٧	٥,٩٥	٣,٢١	٦,٠٩	٢,٩١	٠,٧٨	غير دال
ـ الانفعالى	٦,٣١	٢,٩١	٦,٢٠	٢,٦٨	٦,٢٥	٢,٨٠	٠,٣١	غير دال
ـ الاجتماعى	٥,٦٢	٢,١٥	٥,٨٢	٣,٠٦	٥,٧٢	٢,٦٤	٠,٦١	غير دال
ـ العـــام	٥,٥٨	٢,٦١	٤,٦٩	٢,٠٠	٥,١٤	٢,٣٧	٣,٠٧	دال عند مستوى ٠,٠١
السلوك التربوى								
ـ فى الفصل	١٢,٨٥	٤,٦٦	١٠,٨٦	٤,٥٨	١١,٨٥	٤,٧٣	٣,٤٣	دال عند مستوى ٠,٠١
ـ فى المدرسة	١١,٧٤	٥,٣١	١٠,٥٤	٤,٨٥	١١,١٤	٥,١٢	١,٩٠	غير دال
ـ خارج المدرسة	١٠,٩٥	٤,٢٣	١٠,٩٧	٤,٣٤	١٠,٩٦	٤,٢٩	٠,٠٤	غير دال

تطبيقات وتوصيات:

فيما يلى بعض التطبيقات والتوصيات التربوية والعملية المشتقة من نتائج البحث الحالى،يجب على المهتمين بإعداد المعلمين وتوجيههم وتقييمهم مراعاتها:

* على الرغم من أن الصورة المثالية للذات والسلوك لا تتطابق تطابقاً كاملاً مع الواقع، فإنه يجب وضع الصورة المثالية للذات والسلوك فى الحسبان، للاسترشاد والهداية فى الحكم على الواقع وفى تقييم الذات والسلوك التربوى الواقعى، بشرط أن يكون فى ذلك مرونة كافية وبعد عن التشدد والتزمت. وفى نفس الوقت يجب التريث فى توجيه وتقييم الطلاب ـ المدرسين فى التربية العملية، وتوجيه وتقييم المدرسين العاملين وعدم مؤاخذتهم فى ضوء مثال يحول الواقع العملى دون تحقيقه، بشرط ألا يكون ذلك نوعاً من التهاون والإهمال والتقصير واللامبالاة.

* يجب الاهتمام بنمو مفهوم موجب للذات لدى طلاب كليات التربية لارتباطه الموجب بالسلوك التربوى فى عملية التدريس سواء أثناء التربية العملية أو بعد التخرج.

* يجب على المدرسين أن يقدروا دورهم الهام فى نمو مفهوم الذات عند الطلاب، والاهتمام بنمو مفهوم الذات الموجب منذ مرحلة الحضانة وما بعدها بتيسير الخبرات الملائمة وإشاعة المناخ النفسى الصحى فى المدرسة مما يؤدى إلى حسن سير العملية التربوية ويؤثر تأثيراً طيباً على السلوك فى الحياة بصفة عامة.

* يجب بذل الجهد فى تدريب طلاب التربية على العمل على ترجمة ما يدرسونه إلى واقع عملى فى صورة أقرب ما تكون إلى الوضع المثالى، طالما ننشد إعداد المعلم الصالح.

* يجب العمل على التقريب (وعدم التباعد) بين مفهوم الذات الواقعى والمثالى، وكذلك بين السلوك الواقعى والمثالى، حيث إن من المعلوم أن درجة التباعد المنخفضة والتقارب بين المفهوم الواقعى والمثالى معناه تقبل الذات وتقبل السلوك وبالتالى التوافق والرضا عن النفس، والعكس صحيح.

* يجب أن تتحدد الأهداف التربوية فى ضوء «المثال الواقعى» للسلوك ممكن الحدوث فى حدود الطبيعة والطاقة والقدرة الإنسانية والظروف الاجتماعية والمادية، وذلك فى ضوء قول الله تعالى: ﴿لا يُكَلِّفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلاَّ وُسْعَهَا . . .﴾ [البقرة: آية ٢٨٦). وقول الرسول ﷺ: «رفع عن أمتى الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه».

* يرجو الباحث ـ فى دراسات تالية إن شاء الله ـ أن تتم دراسة العوامل التى تؤدى إلى زيادة تطابق مفهوم الذات الواقعى والمثالى والسلوك التربوى الواقعى والمثالى.

انظر ملحق البحث

ملحق البحث

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار مفهوم الذات | (١) الواقعى | د: حامد زهران

التعليمات

※ أمامك الآن **اختبار مفهوم الذات** وهويحتوى على قسمين(القسم الأول ، والقسم الثانى) وكل قسم يقع فى صفحة واحدة. فى كل قسم منهما ٣٠ عبارة تصف الذات ، وأمام كل منها رقم مسلسل. وهدف الاختبار هو دراسة مفهوم الذات الواقعى عند من هم فى مثل سنك، وذلك عن طريق التعرف على بعض الصفات التى تنطبق على ذاتك فى الوقت الحاضر.

※ وموزع مع كراسة الاختبار **ورقة الاستجابة** . وفى أعلاها بيانات. **املأ البيانات** الخاصة بالاسم والمدرسة أو الكلية أو مكان العمل، والعمر . وورقة الاستجابة مقسمة إلى قسمين (الأول والثانى) وبينهما خط فى الوسط. **اثن الورقة** على طول هذا الخط، نظر إلى القسم الأول تجد به ثلاثة أعمدة، الأول مكتوب أعلاه كلمة «ينطبق» والأوسط أعلاه «بين بين» والأخير أعلاه «لا ينطبق» .ترى فى ورقة الاستجابة أرقاما مسلسلة تتطابق تماما مع أرقام العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار وأمام كل رقم أقواس لتضع بينها علامات (✓) تدل على استجاباتك.

※ **والمطلوب هو مايلى:**

ـ اقرأ العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار بعناية الواحدة تلو الأخرى ، ثم اسال نفسك:

هل هذا ينطبق على «فى الوقت الحاضر»؟

فإذا كان المذكور فى العبارة «ينطبق عليك».. ضع علامة (✓) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأول تحت كلمة «**ينطبق**» أمام رقم العبارة.

وإذا كان المذكور فى العبارة «لا ينطبق عليك ».. ضع علامة (✓) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأخير تحت « **لا ينطبق**» أمام رقم العبارة..

ـ أما إذا كان المذكور فى العبارة محايدا ، أى «بين بين»، فقد ينطبق عليك أحيانا وقد لا ينطبق عليك أحيانا أخرى .. ضع علامة (✓) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأوسط تحت «**بين بين**» أمام رقم العبارة.

※ **أمثلة:**

أ ـ أنا مواطن عربى مسلم ....أ

ب ـ أنا متزوج من أكثر من امرأة...............ب

جـ ـ أقبل يدى والدى عندما اسلم عليهما ......جـ

	ينطبق	بين بين	لا ينطبق
أـ	(✓)	( )	( )
ب ـ	( )	( )	(✓)
جـ ـ	( )	(✓)	( )

※ أتوقع أن تجد فى كل قسم ١٠ عبارات تنطبق عليك و١٠ عبارات لا تنطبق عليك و١٠ عبارات بين بين. **التزم بهذا العدد بقدر الإمكان.** ومما ييسر لك العمل أن تبدأ تحديد السلوك المؤكد الذى ينطبق والباقى تختار منه ما يمكن أن يصنف ضمن ما ينطبق وما يمكن أن يصنف ضمن ما لا ينطبق، والذى يبقى يكون بين بين.

※ لاحظ أنه **لا توجد استجابات صحيحة وأخرى خاطئة.**

※ إذا غيرت رأيك بعد أن تكون قد وضعت العلامة، اشطب العلامة التى وضعتها تماما بالقلم، وضع العلامة الجديدة حيثما تريد.

※ **لا تترك أى عبارة** دون الاستجابة لها.

※ لا تكتب أى شئ ولا تضع أى علامة على كراسة الاختبار . **ضع العلامات على ورقة الاستجابة.**

※ **ضع ورقة الاستجابة مقابل كراسة الاختبار بحيث تتقابل الارقام المسلسلة.**

※ **الآن، اقلب الصفحة وابدأ الاستجابة من فضلك.**

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار مفهوم الذات

(٢) المثالى

د: حامد زهران

التعليمات

* أمامك الآن **نفس اختبار مفهوم الذات السابق.** وهو يحتوى على قسمين (الأول والثانى). **وهدف الاختبار** فى هذه المرة هو دراسة مفهوم الذات المثالى عند من هم فى مثل سنك، وذلك عن طريق التعرف على بعض الصفات التى تود أن تتصف بهاذاتك فى المستقبل.

* وموزع مع كراسة الاختبار **ورقة استجابة أخرى** تختلف عن السابقة فى الكلمات الموجودة أعلى الأعمدة الثلاثة . ففى أعلى مود الأول تجد كلمة «أود» وفى أعلى العمود الأوسط تجد «بين بين» وفى أعلى العمود الأخير تجد «لا أود» **أملأ البيانات الموجودة** أعلى ورقة الاستجابة الخاصة بالاسم، والمدرسة أو الكلية أو مكان العمل. والعمر. وورقة الاستجابة «مقسمة إلى قسمين. اثن الورقة على طول الخط الأوسط كما فعلت فى المرة الماضية . وضعها مقابل كراسة الاختبار بحيث تتقابل الأرقام المسلسلة.

* **المطلوب هو ما يلى:**

- اقر العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار بعناية الواحدة تلو الأخرى . ثم اسال نفسك:

هل أود أكون مثل ذلك الشخص الذى تصفه العبارة «فى المستقبل»؟

- فإذا كان جوابك «أود أن أكون» ....ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأول تحت كلمة «**أود**» أمام رقم العبارة.

- وإذا كان جوابك « لا أود أن أكون» .. ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأخير تحت «**لا أود**» أمام العبارة .

- أما إذا كان جوابك محايدا، أى «بين بين» أى لايهم أن تكون أو لا تكون ...ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأوسط تحت «**بين بين**» أمام رقم العبارة.

* **أمثلة:**

أ ـ أشعر بالسعادة والهناء والتوفيق ....أ

ب ـ أتطلع إلى الهجرة إلى الهند.............ب

جـ ـ أستمتع بسماع الموسيقى الشرقية......جـ

	أود	بين بين	لا أود
أ ـ	(✔)	( )	( )
ب ـ	( )	( )	(✔)
جـ ـ	( )	(✔)	( )

* **أتوقع أن** تجد فى كل قسم ١٠ عبارات تحت كلمة «أود» و ١٠ عبارات تحت «لا أود» و١٠ عبارات تحت «بين بين» . **التزم بهذا العدد بقدر الإمكان** ومما ييسر لك العمل أن تبدأ بتحديد السلوك المؤكد الذى تود والسلوك المؤكد الذى لا تود. والباقى تختار منه ما يمكن أن يصنف ضمن ما تود وما يمكن أن يصنف ضمن ما لا تود. والذى يبقى يكون بين بين.

* **لا تتقيد بإجاباتك فى المرة السابقة.**

* تذكر أنه **لا توجد استجابات صحيحة وأخرى خاطئة.**

* **اذا غيرت رأيك بعد أن** تكون قد وضعت العلامة. اشطب العلامة التى وضعتها تماما بالقلم، وضع العلامة الجديدة حيثما تريد.

* **لا تترك أى عبارة** دون الاستجابة لها.

* لا تكتب أى شئ ولا تضع أى علامة على كراسة الاختبار. **ضع العلامة على ورقة الاستجابة.**

* الأن **أقلب الصفحة وابدأ الاستجابة من فضلك.**

القسم الأول

١ ـ مظهرى حسن، فانا أهتم بمظهرى الشخصى وملابسى.
٢ ـ اتمتع بقدر محدود من اللياقة الجسمية والحيوية.
٣ ـ ملامح جسمى حسنة وأبعاده متناسبة.
٣ - طولى مناسب لعمرى.
٥ ـ حجم جسمى متناسب تماما مع وزنى.
٦ ـ شكلى مقبول إلى حد ما.
٧ ـ أهتم بممارسة الرياضة البدنية باستمرار حفاظا على قوامى.
٨ ـ شهيتى للطعام جيدة وأهتم باختيار طعامى حسب القواعد الصحية.
٩ ـ أشعر بالراحة معظم الوقت وأنام جيدا.
١٠ ـ أعتنى بصحتى واتمتع بصحة جيدة.
١١ ـ مستوى ذكائى وقدرتى العقلية العامة مرتفع جدا.
١٢ ـ مواهبى الدراسية متوسطة وأحاول إظهارها وتنميتها.
١٣ ـ أستطيع أن أوضح أفكارى وأعبر عن نفسى أمام الآخرين بوضوح.
١٤ ـ أنا متحدث لبق أعرف ماذا أقول ومتى أتكلم ومتى أصمت.
١٥ ـ أبذل قصارى جهدى لتنمية قدراتى وإمكاناتى.
١٦ ـ أبدل كل جهدى فى دراستى وفى تحصيل المعلومات المختلفة من تلقاء نفسى.
١٧ ـ أحب دراسة المواد العلمية وأتابع الجديد فيها.
١٨ ـ أستمتع بدراسة المواد الأدبية ومتابعة الجديد فيها.
١٩ ـ أحب دراسة وتعلم اللغات الأجنبية.
٢٠ ـ أحب الاطلاع والمذاكرة، وأستمر فى ذلك مدة طويلة دون تعب أو ملل.
٢١ ـ أشعر بالراحة النفسية ولا يوجد ما يقلقنى مطلقا.
٢٢ ـ أنا سعيد فى حياتى، وأحب أن يعيش الناس كلهم مثلى فى سعادة و هناء.
٢٣ ـ أشعر أننى ناضج عاطفيا ومتزن انفعاليا.
٢٤ ـ أعصابى هادئة معظم الوقت، ومن الصعب استثارتى.
٢٥ ـ أستطيع ضبط نفسى تماما، وتنظيم سلوكى من أجل تحقيق ما أريد تحقيقه.
٢٦ ـ أستطيع إخفاء انفعالى عندما أتضايق لأمر من الأمور.
٢٧ ـ أكون متماسكا تماماوهادئافى المواقف الحرجة.
٢٨ ـ أتجنب مواجهة الطوارئ والمواقف الصعبة بشتى الوسائل.
٢٩ ـ عندى من التسامح والمرونة ما يجعلنى أتقبل نقد الآخرين واستفيد منه.
٣٠ ـ أتعلم من أخطائى بدلا من أن ألوم نفسى ، وأستفيد من تجارب الآخرين.

اقلب الصفحة، وانتقل إلى القسم الثانى..

القسم الثانى

٣١ ـ أشعر بالسعادة والارتياح التام فى المواقف الاجتماعية.
٣٢ – أميل إلى الاجتماعات وحضور الحفلات مثل حفلات الزواج وغيرها.
٣٣ ـ أنا ناضج اجتماعيا ومستقل اقتصاديا.
٣٤ ـ أبذل كل جهدى لكى أصبح شخصا مهما فى المجتمع.
٣٥ ـ أحب الرحلات والمخاطرة وزيادة الأماكن الجديدة والغريبة.
٣٦ ـ أشعر بالرضا لأن الآخرين، يفهمون مشاعرى ويقدرونها.
٣٧ ـ أنظر إلى محاسن الناس متغاضيا عن مساوئهم.
٣٨ ـ أشعر بأننى مثل الآخرين ، وأحيانا بأننى أحسن منهم.
٣٩ ـ أصادق الآخرين بسهولة تامة.
٤٠ ـ من السهل على تكوين علاقات اجتماعية متينة.
٤١ ـ أنا محبوب من زملائى وأتمتع بشعبية اجتماعية بين أصدقائى.
٤٢ – أقوم بمناصرة ومساعدة أصدقائى فى كل المواقف دون انتظار شكرهم.
٤٣ ـ أتولى قيادة السلوك الاجتماعى لزملائى وأصدقائى.
٤٤ ـ أحترم كبار السن وغير القادرين وأعطف عليهم.
٤٥ ـ يوجد جو من الود والألفة والمحبة بينى وبين أفراد أسرتى.
٤٦ ـ يسعدنى جدا حضور الجلسات العائلية فى المنزل مع والدى وإخوتى وأخواتى.
٤٧ ـ يسمح لى والدى أن أعمل أى شئ أريد أن أعمله.
٤٨ ـ أستطيع أن أطلب توجيه وإرشاد والدى فى أى مسألة أو مشكلة خاصة.
٤٩ ـ علاقتى بإخوتى وأخواتى حسنة للغاية وبصفة مستمرة.
٥٠ ـ ظروفى الاسرية ممتازة وتوفر لى جوا صالحا لمتابعة دراستى وعملى.
٥١ ـ أنا أعرف نفسى جيدا وأعرف نواحى قوتى ونواحى ضعفى.
٥٢ ـ أنا متفائل وعندى أمل وأحاول تحقيق مطامحى بعزيمة قوية.
٥٣ ـ أتجنب تحمل المسئوليات تفاديا للوقوع فى أخطاء والتورط فى المشكلات.
٥٤ ـ أعتمد على نفسى وعلى مهاراتى فى مواجهة المواقف وحل المشكلات.
٥٥ ـ أقرر بنفسى ما أريد أن أفعله وأخطط له وأنفذه دون الرجوع إلى أحد.
٥٦ ـ أقضى وقتا طويلا فى هوايات مثل جمع طوابع البريد وغيرها.
٥٧ ـ أميل إلى سماع الموسيقى والشعر والغناء.
٥٨ ـ أحب برامج المناقشات والبرامج العلمية فى الإذاعة والتلفزيون والصحافة.
٥٩ ـ أحب المباريات الرياضية وأتابعها فى التليفزيون والصحافة والإذاعة.
٦٠ ـ أحب أن تتوثق الروابط بين كل الشعوب لخدمة الإنسانية وتقدمها.

انتهى الاختبار ... شكراً ... الرجاء تسليم كراسة الاختبار مع ورقة الاستجابة.

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار مفهوم الذات

(١) الواقعي

«ورقة الاستجابة»

تاليف د. حامد زهران

الاسم رباعيا (الحروف الأولى فقط)............

المدرسة أو الكلية أو مكان العمل..................

العمر (بالسنة)...................................

القسم الأول

	ينطبق	بين بين	لا ينطبق
١ــ	( )	( )	( )
٢ــ	( )	( )	( )
٣ــ	( )	( )	( )
٤ــ	( )	( )	( )
٥ــ	( )	( )	( )
٦ــ	( )	( )	( )
٧ــ	( )	( )	( )

القسم الثانى

	ينطبق	بين بين	لا ينطبق
٣١ــ	( )	( )	( )
٣٢ــ	( )	( )	( )
٣٣ــ	( )	( )	( )
٣٤ــ	( )	( )	( )
٣٥ــ	( )	( )	( )
٣٦ــ	( )	( )	( )
٣٧ــ	( )	( )	( )

جزء من ورقة الاستجابة لاختبار مفهوم الذات «الواقعى»

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار مفهوم الذات

(٢) المثالي

«ورقة الاستجابة»

تاليف د. حامد زهران

الاسم رباعيا (الحروف الأولى فقط)............

المدرسة أو الكلية أو مكان العمل..................

العمر (بالسنة)...................................

القسم الأول

	أود	بين بين	لا أود
١ــ	( )	( )	( )
٢ــ	( )	( )	( )
٣ــ	( )	( )	( )
٤ــ	( )	( )	( )
٥ــ	( )	( )	( )
٦ــ	( )	( )	( )
٧ــ	( )	( )	( )

القسم الثانى

	أود	بين بين	لا أود
٣١ــ	( )	( )	( )
٣٢ــ	( )	( )	( )
٣٣ــ	( )	( )	( )
٣٤ــ	( )	( )	( )
٣٥ــ	( )	( )	( )
٣٦ــ	( )	( )	( )
٣٧ــ	( )	( )	( )

جزء من ورقة الاستجابة لاختبارمفهوم الذات «المثالي»

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار السلوك التربوى

(١) الواقعى

د: حامد زهران

التعليمات

※ أمامك الآن **اختبار السلوك التربوى**. وهو يحتوى على قسمين (القسم الأول. والقسم الثانى) وكل قسم يقع فى صفحة واحدة. فى كل قسم منهما ٣٠ عبارة تصف السلوك التربوى للمعلمين، وأمام كل منها رقم مسلسل **وهدف الاختبار** هو دراسة السلوك التربوى الواقعى للمعلمين فى مثل سنك، وذلك عن طريق استفتائك فيما تقوم به من سلوك تربوى فى الوقت الحاضر.

※ وموزع مع كراسة الاختبار **ورقة الاستجابة**. وفى أعلاها بيانات. **املأ البيانات** الخاصة بالاسم، والمدرسة أو الكلية أو كان العمل، والعمر. وورقة الاستجابة مقسمة إلى قسمين (الأول، والثانى) وبينهما خط فى الوسط. **اثن الورقة** على طول هذا ط، وانظر إلى القسم الأول تجد به ثلاثة أعمدة الأول مكتوب أعلاه كلمة (أعمله) والأوسط أعلاه «بين بين» والأخير أعلاه «لا عمله»، وترى فى ورقة الاستجابة أرقاما مسلسلة تتطابق تماما مع أرقام العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار. وأمام كل رقم أقواس لتضع بينها علامات (✔) تدل على استجابتك.

※ **المطلوب هو ما يلى:**

- اقرأ العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار بعناية الواحدة تلو الأخرى. ثم اسأل نفسك:

هل أعمل هذا السلوك «فى الوقت الحاضر»؟

- فإذا كنت تعمل السلوك المذكور فى العبارة ... ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأول تحت كلمة «**أعمله**» أمام رقم العبارة.

- وإذا كنت لا تعمل السلوك المذكور فى العبارة .... ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأخير تحت « **لا أعمله**» أمام رقم العبارة.

- أما إذا كنت أحيانا تعمل السلوك المذكور وأحيانا لا تعمله، أى بين بين فقد تعمله وقد لا تعمله حسب الظروف .... ضع علامة (✔)على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأوسط تحت «**بين بين**»أمام رقم العبارة.

※ **أمثلة:**

أ ـ الاهتمام بتحضير الدروس..................أ

ب ـ التدخين فى المدرسة ....ب

جـ ـ مساعدة التلاميذ فى حل مشكلاتهم ....جـ

	أعمله	بين بين	لا أعمله
أ ـ	(✔)	( )	( )
ب ـ	( )	( )	(✔)
جـ ـ	( )	(✔)	( )

※ **أتوقع** أن تجد فى كل قسم ١٠ نماذج من السلوك التربوى «تعمله» و ١٠ نماذج من السلوك التربوى «لاتعمله» و١٠ نماذج من السلوك التربوى بين بين» **التزم بهذا العدد بقدر الإمكان**وما ييسر لك العمل أن تبدأ بتحديد السلوك المؤكد الذى تعمله والسلوك المؤكد الذى لا تعمله، والباقى تختار منه ما يمكن أن يصنف ضمن ما تعمله وما يمكن أن يصنف ضمن ما لا تعمله والذى يبقى يكون بين بين.

※ لاحظ أنه **لا توجد استجابات صحيحة وأخرى خاطئة.**

※ **إذا غيرت رأيك** بعد أن تكون قد وضعت العلامة، اشطب العلامة التى وضعتها تماما بالقلم وضع العلامة الجديدة حيثما تريد.

※ **لا تترك أى عبارة** دون الاستجابة لها.

※ لا تكتب شيئا ولا تضع أى علامة على كراسة الاختبار. **ضع العلامات على ورقة الاستجابة.**

※ **ضع ورقة الاستجابة مقابل كراسة الاختبار بحيث تتقابل الأرقام المسلسلة.**

※ الآن، **اقلب الصفحة وابدأ الاستجابة** من فضلك.

بسم الله الرحمن الرحيم

أختبار السلوك التربوى

(٢) المثالى

د: حامد زهران

التعليمات

* أمامك الآن **نفس اختبار السلوك التربوى السابق.** وهو يحتوى على قسمين (الأول والثانى). **وهدف الاختبار** فى هذه المرة هو دراسة **السلوك التربوى** المثالى للمعلمين فى مثل سنك وذلك عن طريق استفتائك فيما تود أن يكون عليه سلوكك التربوى فى المستقبل.

* وموزع مع كراسة الاختبار **ورقة استجابة أخرى** تختلف عن السابقة فى الكلمات الموجودة أعلى الأعمدة الثلاثة . ففى أعلى العمود الأول مكتوب كلمة «يجب» وفى أعلى العمود الأوسط مكتوب «يجوز» وفى أعلى العمود الأخير مكتوب «لا يجب». **املأ البيانات** الموجودة أعلى ورقة الاستجابة الخاصة بالاسم، والمدرسة أو الكلية أو مكان العمل، والعمر. وورقة الاستجابة «مقسمة إلى قسمين. اثن الورقة على طول الخط الأوسط كما فعلت فى المرة الماضية . وضعها مقابل كراسة الاختبار بحيث تتقابل الأرقام المسلسلة.

* **المطلوب هو ما يلى:**

- اقرأ العبارات الموجودة فى كراسة الاختبار بعناية الواحدة تلو الأخرى . ثم اسأل نفسك:

هل يجب أو لا يجب أن أعمل هذا السلوك «فى المستقبل»؟

- فإذا كان جوابك «يجب أن أعمله» ....ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأول تحت كلمة «**يجب**» أمام رقم العبارة.

- إذا كان جوابك « يجب ألا أعمله» .. ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأخير تحت «**لا يجب**» أمام رقم العبارة .

- أما إذا كان جوابك «يجوز أن أعمله » حسب الظروف ...ضع علامة (✔) على ورقة الاستجابة بين القوسين فى العمود الأوسط تحت «**يجوز**» أمام رقم العبارة.

* **أمثلة:**

أ - الاطلاع المستمر حرصا على نمو العلمى..............أ

ب - مجاملة بعض التلاميذ فى الامتحان.................ب

جـ - حضور المناسبات الاجتماعية فى المدرسة............جـ

	يجب	يجوز	لا يجب
أ-	(✔)	( )	( )
ب-	( )	( )	(✔)
جـ-	( )	(✔)	( )

* **أتوقع أن** تجد فى كل قسم ١٠ عبارات تحت كلمة «يجب» و ١٠ عبارات تحت «لا يجب» و ١٠ عبارات تحت «يجوز» . **التزم بهذا العدد بقدر الإمكان.** ومما ييسر لك العمل أن تبدأ بتحديد السلوك المؤكد الذى يجب والسلوك المؤكد الذى لا يجب والباقى تختار منه ما يمكن أن يصنف ضمن ما يجب وما يمكن أن يصنف ضمن ما لا يجب والذى يبقى يكون تحت يجوز.

* **لا تتقيد بإجاباتك فى المرة السابقة.**

* تذكر أنه لا **توجد استجابات صحيحة وأخرى خاطئة.**

* **إذا غيرت رأيك بعد أن** تكون قد وضعت العلامة. اشطب العلامة التى وضعتها تماما بالقلم. وضع العلامة الجديدة حيثما تريد.

* **لا تترك أى عبارة** بدون الاستجابة لها.

* لا تكتب أى شئ ولا تضع أى علامة على كراسة الاخبار. **ضع العلامات على ورقة الاستجابة.**

* الآن. **اقلب الصفحة وابدأ الاستجابة من فضلك.**

القسم الأول

١ ـ تنمية الابتكار عند التلاميذ من خلال الدروس وسائر أوجه النشاط التربوى.
٢ ـ إفساح الفرصة أمام التلاميذ للتعبير عن أفكارهم وآرائهم فى الفصل.
٣- إشراك التلاميذ فى إلقاء بعض الدروس لتنمية شخصيتهم والاعتماد على النفس.
٤ ـ تعويد التلاميذ على التفكير والتخلص من الحفظ .
٥ ـ ترك الحرية للتلاميذ فى اختيار الموضوعات الدراسية من الكتاب المدرسى.
٦ ـ تشجيع التلاميذ على التعلم الذاتى حتى يساعدهم ذلك على استمرار التعلم مدى الحياة.
٧ ـ تدريب التلاميذ على تقييم أنفسهم وتقييم زملائهم بتبادل تصحيح الكراسات.
٨ ـ إشراك التلاميذ فى مسئولية العمل داخل الفصل وتنظيم العمل المدرسى.
٩ ـ تشجيع الحرية ومعاملة التلاميذ بالأسلوب الديموقراطى حتى وإن أساؤوا استخدامه.
١٠ ـ إعطاء الفرصة للتلاميذ لقيادة أنفسهم فى الفصل.
١١ ـ تشجيع التلاميذ على نقد كل ما هو خاطىء فى المدرسة والمساهمة فى تقويمه.
١٢ - مصادقة التلاميذ والمزاح معهم ومعاملتهم كإخوة تماماً.
١٣ ـ استخدام الاختبارات الموضوعية فى تقييم التلاميذ.
١٤ ـ الاهتمام ببعض التلاميذ ومراعاتهم فى الاختبارات لظروف خاصة.
١٥ ـ ربط المواد الدراسية بالحياة وإن احتاج الأمر حذف أو إضافة بعض الموضوعات.
١٦ ـ الاهتمام بملء البطاقات المدرسية الخاصة بالتلاميذ دورياً لمتابعة نموهم.
١٧ ـ تطبيق اختبارات نفسية للكشف عن استعدادات التلاميذ وقدراتهم وميولهم.
١٨ ـ الاهتمام بصحة التلاميذ الجسمية والنفسية باعتبار ذلك جزءا من مسئوليتى التربوية.
١٩ ـ القيام بعملية الإرشاد النفسى للتلاميذ إلى جانب عملى كمدرس مادة.
٢٠ ـ الاهتمام بمناقشة المشكلات العامة والأحداث الجارية مع التلاميذ.
٢١ ـ مراعاة الفروق الفردية وتقسيم التلاميذ إلى فئات حسب قدراتهم.
٢٢ ـ إعطاء التلاميذ بعض الوقت للترفيه عندما يكونون مجهدين علمياً أو جسمياً.
٢٣ ـ الاهتمام بتلقين المادة الدراسية واتباع طريقة الإلقاء فى التدريس.
٢٤ ـ الاستعانة بمصادر البيئة المحلية والهيئات والمؤسسات الخارجية لتحسين عملية التدريس.
٢٥ ـ التمسك باستخدام اللغة الفصحى فى التدريس.
٢٦ ـ ربط العلم بالدين وتفسير الآيات القرآنية والأحاديث النبوية بالعلم الحديث.
٢٧ - متابعة التقدم العلمى والتكنولوجى بقراءة الكتب والمجلات العلمية الحديثة.
٢٨ ـ ارتياد المكتبة باستمرار أثناء حصص الفراغ لتوسيع ثقافتى العامة.
٢٩ ـ تدريس أى مادة قريبة من تخصصى طالما يمكن استيعابها وتدريسها.
٣٠ ـ تكوين أسر طلابية تتعاون مع بعضها وتتنافس فيما بينها فى جميع النشاطات.

القسم الثاني

٣١ ـ تشجيع التنافس بين التلاميذ في الفصل وبين الفصول في المدرسة.
٣٢ ـ تكوين والإشراف علي إحدى جمعيات النشاط الطلابي للخدمة العامة في البيئة المحلية.
٣٣ ـ حفظ النظام في الفصل ولو باستخدام العقاب البدني.
٣٤ ـ طرد أي تلميذ يخل بالنظام في الفصل وإرساله إلي الإدارة للتصرف معه.
٣٥ - تعليم التلاميذ الطاعة دون مناقشة محافظة علي النظام.
٣٦ ـ اللجوء إلي العقاب البدني كوسيلة لإرغام التلاميذ علي حفظ الدروس.
٣٧ ـ الإكثار من الواجبات المنزلية ضماناً لاستمرار التحصيل في المنزل.
٣٨ ـ استخدام الدرجات كوسيلة لإجبار التلاميذ علي المذاكرة والانتظام.
٣٩ ـ تشجيع المجالات التى يحاول فيها التلاميذ التعبير عن آرائهم واتجاهاتهم الخاصة.
٤٠ ـ تقديم المعونة للتلاميذ المحتاجين إليها في سرية.
٤١ ـ تكوين جمعية خيرية من التلاميذ لمساعدة زملائهم المحتاجين.
٤٢ ـ مساعدة التلاميذ الضعفاء بإعطائهم دروساً خصوصية في المنزل دون مقابل.
٤٣ ـ التطوع بتدريس حصص تقوية للتلاميذ الضعفاء بالمدرسة.
٤٤ ـ زيارة المرضي من التلاميذ أو مشاركتهم وجدانياً في مصاب أو حادث ألم بهم أو بذويهم.
٤٥ ـ مساعدة إدارة المدرسة في حفظ النظام وتنظيم صفوف الصباح.
٤٦ ـ الاشتراك في الرحلات المدرسية الخارجية.
٤٧ ـ تنظيم والاشتراك في المباريات الرياضية بين المدرسين والتلاميذ.
٤٨ ـ الاشتراك في مباريات المدرسة رياضياً وثقافياً.
٤٩ ـ حضور اجتماعات مشتركة بين المدرسين والتلاميذ وأولياء الأمور لمناقشة الأمور المشتركة.
٥٠ ـ الحرص علي حضور اجتماعات مجلس الآباء والمعلمين باستمرار.
٥١ - الاتصال بأولياء أمور التلاميذ ومساعدتهم في مناقشة وحل مشكلات أولادهم.
٥٢ ـ تنظيم محاضرات وندوات ثقافية خاصة بأولياء أمور التلاميذ.
٥٣ ـ إعطاء دروس خصوصية للتلاميذ بالمنزل.
٥٤ ـ تكوين علاقات شخصية واجتماعية مع التلاميذ أو ذويهم.
٥٥ ـ الاهتمام بحياة التلاميذ الشخصية وأمورهم الخاصة.
٥٦ ـ توجيه التلاميذ إذا صدر من بعضهم سلوك غير سوي خارج المدرسة.
٥٧ ـ الاهتمام بمظهري الشخصي وتعريف التلاميذ بسلوكي الشخصي كنموذج يحتذونه.
٥٨ ـ استغلال بعض التلاميذ في قضاء بعض المصالح الخاصة.
٥٩ ـ الخروج أثناء الحصص الخالية في الجداول لقضاء المصالح الخاصة خارج المدرسة.
٦٠ ـ الانشغال ببعض الأعمال الخارجية إلي جانب العمل كمدرس لزيادة الدخل.

انتهى الاختبار .. شكرا ، الرجاء تسليم كراسة الاختبار مع ورقة الاستجابة.

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار السلوك التربوى

(١) الواقعي

«ورقة الاستجابة»

تأليف د. حامد زهران

الاسم رباعيا (الحروف الأولى فقط).............

المدرسة أو الكلية أو مكان العمل.................

العمر (بالسنة)......................................

القسم الأول

	أعمله	بين بين	لا أعمله
١ـ	( )	( )	( )
٢ـ	( )	( )	( )
٣ـ	( )	( )	( )
٤ـ	( )	( )	( )
٥ـ	( )	( )	( )
٦ـ	( )	( )	( )
٧ـ	( )	( )	( )

القسم الثانى

	أعمله	بين بين	لا أعمله
٣١ـ	( )	( )	( )
٣٢ـ	( )	( )	( )
٣٣ـ	( )	( )	( )
٣٤ـ	( )	( )	( )
٣٥ـ	( )	( )	( )
٣٦ـ	( )	( )	( )
٣٧ـ	( )	( )	( )

جزء من ورقة الاستجابة لاختبار السلوك التربوى «الواقعى»

بسم الله الرحمن الرحيم

اختبار السلوك التربوى

(٢) المثالي

«ورقة الاستجابة»

تأليف د. حامد زهران

الاسم رباعيا (الحروف الأولي فقط).............

المدرسة أو الكلية أو مكان العمل.................

العمر (بالسنة)......................................

القسم الأول

	يجب	يجوز	لا يجب
١ـ	( )	( )	( )
٢ـ	( )	( )	( )
٣ـ	( )	( )	( )
٤ـ	( )	( )	( )
٥ـ	( )	( )	( )
٦ـ	( )	( )	( )
٧ـ	( )	( )	( )

القسم الثانى

	يجب	يجوز	لا يجب
٣١ـ	( )	( )	( )
٣٢ـ	( )	( )	( )
٣٣ـ	( )	( )	( )
٣٤ـ	( )	( )	( )
٣٥ـ	( )	( )	( )
٣٦ـ	( )	( )	( )
٣٧ـ	( )	( )	( )

جزء من ورقة الاستجابة لاختبار السلوك التربوى «المثالى»

المراجع

، حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤). الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة : عالم الكتب.

، حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٥). علم النفس النمو : الطفولة والمراهقة. (ط٣) القاهرة : عالم الكتب.

، حلمى المليجى (١٩٧٤). سمات الشخصية ذات الأهمية فى نجاح المعلم. المؤتمر الأول لإعداد المعلمين. مكة المكرمة: كلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز، ص٩٢-٩٥.

، عبدالرحمن حسن حبنكة الميدانى (١٩٧٠). أسس الحضارة الإسلامية ووسائلها. بيروت: دار العربية للطباعة والنشر والتوزيع.

، فؤاد أبو حطب (١٩٧٤). تقويم المعلم أثناء الخدمة: نظرة جديدة فى ضوء مفهوم الدور. المؤتمر الأول لإعداد المعلمين. مكة المكرمة: كلية التربية، جامعة الملك عبدالعزيز، ص١٣٩-١٤٨.

، فؤاد البهى السيد (١٩٧٠). علم النفس الإحصائى وقياس العقل البشرى (ط٢). القاهرة: دار الفكر العربى.

، مصطفى فهمى وعبدالله الزيد وسيد مرسى (١٩٧٤). اتجاهات المعلم نحو المهنة والعوامل المكونة لها: بحث استطلاعى. المؤتمر الأول لإعداد المعلمين. مكة المكرمة: كلية التربية، جامعة الملك عبدالعزيز، ص١٨٨-٢٠٢.

- **Burt, C.L. & Stephenson W. (1939).** Alternative views on correlation between persons. Psychometrica, 4, 269-281.

- **Chodorkoff, B. (1954).** Self-preception, perceptual defence and adjustment. J. Abnorm. Soc. Psychol, 49, 508-512.

- **Cronbach, L.J. (1961).** Essentials of Psychological Testing. New York: Harper & Brothers.

- **Cronbach,L.J. & Glesser, G. C. (1954).** Review of Stephenson, W. "The Study of Behaviour" . Psychometrika, 19,327-333.

- **Emmett, R.G. (1959).** A Psychological Study of the Self-concept Amongst a Group of Pupils in a Secondary Modern School. M.A. Thesis University of London.

- **Englander, M.E. (1960).** A Psychological analysis of vocational choice: Teaching J. Councel. Psychol., 7, 257-264.

- **Eysenck, H.J. (1952).** Personality Ann. Rev. Psychol., 3, 151-174.

- **Fiedler, F.E. (1950).** The concept of an ideal therapeutic relationship. J. Consult. Psychol., 14, 239-245.

- **Jersild, A.T. (1952).** In Search of Self. New York: Bureau of Publications. Teachers Coll., Columbia Univ.

- **Jones, A. (1956).** Distribution of traits in current Q-sort Methodology J. Abnorm. Soc. Psychol., 53, 90-95.

- **Livson, N.H. & Nichols, T.F. (1956).** Discrimination and reliabity in Q-sort personality descriptions. J. Abnorm. Soc. Psychol., 52, 159-165.

- **McDougall, W. (1921).** An Introduction to Social Psychology (14 th Ed). Boston: Luce.

- **Mead, G.H. (1934).** Mind, Self and Society. Chicago: Univ. of Chicago press.

- **Mistry, Z.D. (1960).** A Study of the Self-picture as Held by Selected Groups of Adolescent Girls Prior to and After School Leaving Age. M.A. Thesis. University of London.

- **Rogers, Carl.R. (1951).** Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin.

- **Rogers, Carl.R. (1961).** On Becoming a Person: A Therapist's View of Psycho-therapy. Boston: Houghton Mifflin.

- **Rosen, E. (1956).** Self-appraisal, personal desirability and perceived social desirability of personality traits. J. Abnorm Soc Psychol., 52, 151-158.

- **Snygg, D.S. & Combs, A.W. (1949).** Individual Behavior: A New Frame of Reference for Psycholgy. New York: Harper.

- **Soper, D.W. & Combs, A.W. (1962).** The helping relationship as seen by teachers and therapists. J. Consult. Psychol., 26, 288.

- **Staines, J.W. (1954).** A Psychological and Sociological Investigation of the Self as a Significant Factor in Education. Ph.D. Thesis. University of London.

- **Stephenson, W. (1953).** The Study of Behavior: Q-technique and its Methodology. Chicago: Univ. of Chicago Press.

- **Vernon, P.E. (1964).** Personality Assessment: A Critical Survey. London: Methuen.

- **Wylie, Ruthc. (1961).** The Self-concept .A Review of the Literature. Lincoln: Univ. of Nebraska Press.

- **Zahran. Hamed.A.S. (1966).** The Self-concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents: An Experimental Study. Ph. D. Thesis: University of London.

- **Zahran, Hamed. A. S. (1967).** The Self-concept in the psychological guidance of adolescents.Brit. J. Educ. Psychol. 37. 225-240.

[٣] التسول

«دراسة نفسية استطلاعية»

مقدمة:

التسول سلوك وظاهرة ومشكلة يهتم بدراسته العلماء فى عدد من ميادين العلم وخاصة علماء النفس وعلماء الاجتماع وعلماء الاقتصاد.

وتركزالدراسة النفسية الاستطلاعية الحالية على **التسول كسلوك** بهدف تفسيره وضبطه والعمل على أن يختفى من مجتمعنا.

وتأتى **أهمية دراسة سلوك التسول** بناءعلى العديد من الاعتبارات التى من أهمها ما يلى:

- التسول سلوك منحرف ومجرّم.
- سلوك التسول يعتبر نتاجا لشخصية غير عادية لها سمات خاصة.
- المتسول عادة شخص غير متوافق وغير صحيح نفسيا.
- التسول سلوك يشوه الحياة الاجتماعية.
- التسول سلوك يضر بالاقتصاد القومى، حيث يمثل المتسولون طاقة بشرية معطلة وغيرمنتجة، وينفر السياح، ويضر بالسمعة السياسية للبلد.

والمنهج المتبع فى هذه الدراسة هو المنهج الوصفى.

ويتحدد **مجال الدراسة** الاستطلاعية الحالية فى المجتمع المصرى.

وقد جمعت المادة العلمية للدراسة الحالية من **المصادر** الآتية:

- المراجع العلمية التى تتناول موضوع الدراسة.
- زيارة ميدانية لإحدى المؤسسات الاجتماعية لرعاية المتسولين هى مؤسسة الرعاية الاجتماعية بالمرج (ونطاق عملها القاهرة وباقى محافظات الجمهورية).
- زيارة ميدانية لأحد أقسام الشرطة (المحجوز به بعض المتسولين).
- زيارة ميدانية لأحد السجون (به بعض المتسولين).

(*) الندوة العلمية عن ظاهرة التسول. الجمعية العامة للدفاع الاجتماعى. القاهرة (ديسمبر ١٩٨٥).

ـ مقابلات مع بعض الأخصائيين العاملين فى المؤسسات الاجتماعية لرعاية المتسولين، وأقسام الشرطة ، والسجون.

ـ مقابلات مع بعض المتسولين المحتجزين فى أقسام الشرطة والمودعين بالسجون.

ـ مقابلات مع بعض المتسولين فى أحد المساجد بالقاهرة.

ـ ملاحظة سلوك بعض المتسولين فى الشوارع بالقاهرة.

وقد حددت **النقاط الأساسية للدراسة** فيما يلى:

ـ المتسول والتسول.

ـ أسباب التسول.

ـ شخصية المتسول.

ـ سلوكيات المتسول.

ـ الصحة النفسية للمتسول.

ـ توصيات.

المتسول والتسول:

المتسول هو كل من يمد يده مستجديا يسأل الناس ويطلب العطاء والإحسان (مال ـ غذاء ـ كساء... إلخ) فى الطريق العام أو المحال أو الأماكن العامة أو المنازل.

والتسول سلوك منحرف مجرّم قانونيا، أى أنه يصنف كجريمة ويعاقب عليه القانون إذا كان سن المتسول يتجاوز الثامنة عشرة (قانون مكافحة التسول). ويعتبر المشرع المصرى التسول حالة من حالات التشرد التى يعدها قانون العقوبات جريمة. ويدخل بعض الباحثين التسول ضمنا فى تناولهم للتشرد، ويدخله البعض ضمنا فى تناولهم للانحراف غير الحاد الذى لا يتضمن جريمة، وإن كان ينطوى على مجرد مظهر من مظاهر السلوك السئ.

وفى عالم التسول، هناك «**خبراء التسول**» المحترفون أو حكّام هذا العالم الغريب الغامض، ظاهرهم ضعف وعوز وباطنهم بطش وسيطرة. إنهم جبابرة مسيطرون يعمل تحت إمرتهم «صبيان أو أنفار أو شغالة» من المتسولين فى مناطق نفوذخاصة بكل منهم. والمعلّم أو «كبير الشحاتين» يعتبر أكثرهم خبرة وله وكلاء ومعاونون ويصل إلى درجة الثراء. ومن المعروف أن

الشرطة حين تقبض عليه بتهمة التسول تصادر الأموال التى تضبط فى حيازته، والتى يثبت أنه تحصل عليها من التسول، وتؤول لحساب صندوق الرعاية الاجتماعية للصرف منها على مؤسسات رعاية المتسولين.

ويمكن **تصنيف التسول** على النحو التالى:

- تسول ظاهر: وهو التسول الواضح الصريح المعلن.
- تسول مقنْع: وهو التسول المستتر وراءعرض أشياء أو خدمات رمزية.
- تسول موسمى: وهو يمارس فقط فى المواسم والمناسبات كما فى المواسم والمناسبات الدينية.
- تسول عارض: وهو عابر ووقتى لعوز طارئ كما فى حالات الطرد من الأسرة أو ضلال الطريق.
- تسول إجبارى: وهو اضطرارى كما فى حالات فقدان النقود فى السفر وحالات إجبار الأطفال على التسول.
- تسول اختيارى: حيث الاحتراف والجرى وراء المكسب.
- تسول مرضى: وهو تسول غير المحتاج، والتسول القهرى الذى لا يقاوم.
- تسول القادر: وهو تسول القادر الذى يستطيع التكسب عن طريق العمل ولكنه يفضل التسول، وعندما تقبض عليه شرطة الآداب يحاكم ويودع السجن.
- تسول غير القادر: وهو تسول العاجز أو المريض عقليا أو المتخلف عقليا، وعندما تقبض عليه شرطة الآداب يودع فى مؤسسة اجتماعية.
- تسول المحترف: وهو تسول مستمر، ويعتبر مهنة المتسول العاجز، أو الذى يمثل دورالعاجز المحتاج. وقد يحدث الاحتراف نتيجة عجز فتسول فمكسب فاحتراف.
- تسول الجانح: حيث يكون التسول مصاحب بالجناح والإجرام حيث لا بأس ـ إلى جانب التسول ـ من سرقة أو نشل (على الماشى) . فستار التسول يسهل مهمة النشل مثلا خاصة فى وسائل المواصلات المزدحمة.

(انظر : إبراهيم حرب، ١٩٨٥، معجم العلوم الاجتماعية ، ١٩٧٥).

أسباب التسول:

لا شك أن وراء كل سلوك اجتماعى دافعا. ومن أهم **دوافع التسول** «التعيش»وإشباع الحاجات الأساسية إلى الغذاء والكساء. وربما لا يرقى الدافع عند التسول إلى التملك وتكوين

ثروة وممتلكات. وقد يدفع البؤس والحرمان الفرد دفعا إلى التسول. وقد تعاق الدوافع لدى المتسول . فدافع الانتماء إلى الجماعة والتقدير الاجتماعى والقبول والاحترام والمكانة الاجتماعية معوّق لدى المتسول .ودافع السيطرة وتحقيق القوة واحتلال المراكز القيادية معوّق لدى المتسول الذى يحتل مكانة أدنى فى قاع المجتمع.

وغالبا لايوجد سبب واحد لسلوك التسول، ولكن للتسول **أسباب متعددة** تشترك وتتضافر لتؤدى إلى التسول ، وهى فى معظمها أسباب حيوية ونفسية وبيئية . وفيما يلى أهم أسباب التسول:

أسباب حيوية: مثل...

- التشوهات الخلقية: وهذه قد ترجع إلى الوراثة أو إلى خلل إفراز الغدد الذى يؤدى إلى اضطراب وتأخر النمو بصفة عامة أو القزامة المصحوبة بالضعف العقلى ، وقد يرجع إلى إصابة الجهاز العصبى بتلف يؤدى إلى تشوه الجسم.
- العاهات الجسمية: التى تؤدى إلى العجز المزمن الكلى أو الجزئى.
- الأمراض المزمنة: سواء فى ذلك الأمراض الجسمية، أوالأمراض النفسية أو الأمراض العقلية.

أسباب نفسية: ومنها....

- الحرمان والعوز ونقص إشباع الحاجات الأولية، وخاصة الحاجة إلى لقمة العيش، ويضاف إلى ذلك الحرمان العاطفى والجوع الانفعالى،والحرمان من الرعاية الوالدية بسبب الغربة أو الهجرة أو الانفصال أو الطلاق أو السجن أو الوفاة.
- الإحباط: فى الحياة والفشل واليأس من إمكانية تحسن الظروف فى المستقبل، وخيبة الأمل ومشاعر الظلم فى الحياة.
- الصراع : بين الخير والشر.
- التخلف العقلى: حيث لا يجد المتخلف من يرعاه فيحتاج ، وحيث يرق لحاله المحسنون فيتعود التسول.
- اضطراب نمو الشخصية : ويركز علماء التحليل النفسى على اضطراب نمو الأنا وعجز الأنا الأعلى عن التحكم فى الهو.

أسباب بيئية : (معظمها أسباب اجتماعية) وأهمها...

- بيئة التسول: حيث ينتشر التسول فى البيئة الاجتماعية التى يعيش فيها الفرد مثل بيئة سكان المقابر، أو فى الأسرة التى يسود فيها التسول وتوجه الطفل إلى التسول منذ طفولته وتشجعه

عليه. وفى بيئة التسول يتضح تأثير المتسولين السابقين والمحترفين وإغرائهم للأحداث على التسول.

- تفكك الأسرة: نتيجة للانفصال أو الطلاق أو الوفاة واضطراب العلاقات الأسرية أو انهيارها أو انعدام القدوة والمثل الأعلى، وهذا يؤدى إلى بيئة نفسية سيئة تكون بمثابة مرتع خصب لنمو مظاهر السلوك المضطرب لدى الأطفال ومن بينها الجناح والتشرد والتسول.

- التنشئة الاجتماعية الخاطئة : مثل الإهمال ونقص الرعاية والتسلط والقسوة والسيطرة وسوء المعاملة، وهذا يجعل الصغار عرضة للجناح ومن أشكاله التسول.

- قرناء السوء: والصحبة السيئة غير الرشيدة أو الضالة التى تضل الفرد وتشجعه على التسول المنحرف مما يدفعه إلى التسول أو تورطه فيه.

- الفقر: والعوز والحاجة إلى المال، سواء فى ذلك الفقر المطلق بمعنى عدم القدرة على الحصول على ضروريات الحياة، أو الفقر النسبى أى بالنسبة للمجتمع الذى يعيش فيه. ومن ذلك أيضاحالات الفقر أصلا أو الفقر بعد الغنى، والذل بعد العز وحالات الإفلاس والإسراف واليأس من طلب المساعدة المالية (من وزارة الشئون الاجتماعية مثلا) وعدم الحصول عليها أو الحصول عليها فى صورة رمزية لا تسمن ولا تغنى من جوع.

- الجهل: والحرمان من التعليم أو التسرب من التعليم، وفى هذا خسارة فى التوجيه والإرشاد نحو القيم الاجتماعية السليمة ونحو الأساليب السلوكية الاجتماعية المرغوبة ونحو الاتجاهات والمعايير والأدوار الاجتماعية الإيجابية . والجهل من سمات الإنسان غير الصالح الذى قد يسلك أى مسلك ويتخذ أى فلسفة فى حياته ، وأى أسلوب خاطئ لها مثل التسول.

- مشكلات العمل: ومن أهمها سوء التوافق المهنى وترك العمل، بسبب الإهمال أو الغياب، أوعدم الكفاءة، أو عدم الاستقرارفى العمل أو الطرد منه. واليأس من الاستفادة من مساعدة مؤسسات الدولة الاجتماعية فى إيجاد عمل (مثل مكاتب العمل) بسبب طول الإجراءات مثلا. ومنها أيضا الهجرة الداخلية من الموطن الأصلى بحثا عن العمل كما فى حالة الهجرة من الريف إلى المدينة، أو من الصعيد إلى القاهرة حيث يهاجر الفرد دون رأسمال، وقد لا يجد عملا فيتسول. ومنها أيضا حالات الخروج من السجن بعد قضاء فترة عقوبة وعدم التمكن من الحصول على عمل شريف.

- البطالة: سواء فى ذلك البطالة المستمرة أو البطالة الموسمية أو البطالة غير المحسوبة، كما فى

حالة الطربية فى المدافن . وتؤدى البطالة إلى الانخفـاض الحاد فى دخل الفرد العاطل مما يجعله يختار التسول للارتزاق ومواجهة المتطلبـات اليومية المادية للحـياة له ولأسرته، بدلامن ارتكاب الجريمة. ويذكر بعض المتسولين أنهم كانوا يعملون ثم أصبحوا عاطلين وعندما تسولوا وجدوا أن التسول هو الأفضل والأكسب.

- سوء الأحوال الاقتصادية: نتيجة لسوء الأوضاع الاقتصادية والهزات والكوارث الاقتصادية،كفقر الثرى الذى أنفق مـاله بإسراف وبذخ، وأصبح فى حالة اقـتصادية سيئـة يصعب معهـا الحصول على ضرورات الحـياة . يضاف إلى ذلك عدم كـفاية الأجر والضـعف الاقتصادى. كـذلك فإن عدم كفاية المعاش فى الشيخوخة مع ارتفاع أعباء المعيشة يؤدى بالشيخ المسن إلى التسول.
- الإدمان: والحاجـة للمال الكثير للحـصول على المخدر أو العقار. ويلاحظ أن بـعض المتسولين المدمنين مرتفعى الدخل السهل يضيعون كل دخلهم فى تعاطى المكيفات والمخدرات إما لنسيان الهـموم أو الهـروب من الواقع ومشكلاته وإمـا للتسـلية . ويلاحظ أيضـا أن بعض المدمنين لا يسعـفهم العمل العـادى ولا يكفيهم الدخل للـحصول على المخدرات أو الـعقاقيـر فيتـسولون لتغطية احتياجاتهم المالية للحصول عليها بدلا من السرقة التى عقوبتها أكبر.
- الضعف الأخـلاقى: ويلاحظ هذا فى حالات كـثيرة مـثل حالات الحمل غـير الشـرعى، حيث تهرب المرأة من أهلها الذين يريدون قتلها وتهيم على وجهها بعيدا عنهم دون عمل، فتلجأ إلى التسول. وهناك حالات العقوق وتخلى الأولاد عن الوالدين المسنين.
- الثقـافة المريضة: التى تتـعاظم فيهـا المشكلات الاجتمـاعية والاقتـصادية والتى تسمح بالتـسول وتنظر إلى المتسول على أنه مسكين يستحق الصدقة والشفقة والعطف.
- الكوارث الاجتماعية: العنيفة والظروف الاجتماعية الضاغطة والكوارث المدنية والمجاعات.
- الجناح: بأشكاله المتعددة حيث يصاحب التسول التشـرد مثلا، وحين يكون التسول لتغطية نشاط ممنوع مـثل الاتجار فى المخـدرات أو الدعـارة، فجـريمـة التسـول أهون من جـريمة الاتجـار فى المخدرات أو جريمة ممارسة الدعارة.

(انظر: أنور الشرقاوى، ١٩٧٧، سيـد عويس، ١٩٦٣، عبدالفتاح عجـوة، ١٩٨٥، محمد على حسن ، ١٩٧٠).

شخصية المتسول:

السلوك فى سوائه وانحرافه نتاج للشخصية. **وسلوك المتسول نتاج لشخصية غير عادية لها سمات خاصة.** وفى نفس الوقت تؤدى العوامل النفسية التى تصاحب التسول إلى آثار سلبية على تكوين شخصية المتسول وسلوكه .

أما عن أهم **سمات شخصية المتسول** فهى:

- الانطواء (بخصائصه المعروفة وهى الاكتئاب، والبلادة، والشعور بالنقص، والانعزال، والانسحاب).
- العصابية ، ونقص الاستقرار الانفعالى.
- التواكل والاعتماد على الجماعة.
- الخضوع والوداعة أو العدونية والنقد.
- التقتير(بسبب ذل النفس فى جمع المال) أو الإسراف (لعدم التعب فيه(*)).
- القدرية (مركز تحكم خارجى).
- الكذب (واختلاق المواقف).
- السخط(وعدم الرضا).
- الإهمال ، والكسل.
- الصبر.
- الاغتراب بمظاهره الكثيرة مثل اللامبالاة واللاقوة واللامعيارية واللادور والتشاؤم والاستسلام والعزلة الاجتماعية.

أما عن **مفهوم الذات لدى المتسول** فهو صريح، وهو أنه «متسول» (شحّات)، لأنه يعلن عن هذه الصورة للذات بل ويبالغ فى الإعلان عنها بشتى الوسائل، وهو هكذا يدرك ذاته «فقير-صعلوك - جائع - ضائع»، وهكذا يدركها الآخرون. ومفهوم الذات المثالى لديه يشده إلى أسفل انخفاض مستوى الطموح لديه. ومفهوم الذات لدى المتسول تملأه مشاعر النقص والذل الاجتماعى والضياع وفقدان الثقة بالنفس والحقد والعدوان.وهكذا يلاحظ لدى المتسول مفهوم سالب للذات وتشوه صورة الذات، وهو لايرضى عن ذاته ولا يتقبلها . وبصفة عامة يلاحظ لدى

(*) يقول المثل العامى: «المال اللى ما تتعب فيه اليدما يحزن عليه القلب».

المتسول أيضا ضعف اعتبار الذات. وخبرة التسول من أسوأ الخبرات السلوكية التى تعتبر تهديدا للذات، وتضفى عليها قيمة سالبة وتؤدى إلى تهديد وإحباط مركز الذات والتوتر والقلق وسوء التوافق النفسى.

أما عن أهم **معالم شخصية المتسول** جسميا واجتماعيا وعقليا وانفعاليا ودينيا ، فهى على النحو التالى:

جسميا: تعتبرالمكونات الجسمية من أهم مكونات الشخصية على أساس أنها أظهر المكونات، وأنها الواجهة الرئيسة للشخصية. ومفهوم الجسم عند المتسول غالبا مشوه. ويشاهد اضطراب المظهر الجسمى والشكل العام، ووجود العاهات (الطبيعية أو المصطنعة). ومن أشيع العاهات الجسمية العمى أو الصمم أو التشوه أو الكساح أو بتر الساعد أو الساق (أو وضعهما فى الجبس)، وهذا يجعله صالحا لاستدرار عطف الناس وأخذ الإحسان منهم. والأداء الحركى للمتسول غالبا يكون متباطئا، ومعظمهم يتوكأون على العصى، أو يركبون الكراسى المتحركة أو الزاحفة. ويلاحظ أن الحالة الصحية أقل من المتوسط وغالبا سيئة أو متدهورة بسبب الإهمال وسوء التغذية، وبسبب الجلوس والنوم على الارض والمشى حافيا والتعرض للحوادث . والمتسول غالبا نجده أشعث أغبرورث الثياب مهلهلها، يحافظ على قذارة جسمه ومظهره السئ.

اجتماعيا: **تتأثرالمعالم الاجتماعية لشخصية المتسول** بالتنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمجتمع وجماعة الرفاق والمعايير الاجتماعية والأدوار الاجتماعية والاتجاهات والقيم والتفاعل الاجتماعى. والمتسول غالبا ليس له **أسرة** بالمعنى المفهوم. والأسرة المتسولة تعلم الأولاد التسول. ومن شابه أباه فما ظلم. ويلاحظ انتشار التسول فى الأسرة. والأسرة المتسولة حين تثيب الطفل اذا نجح فى التسول إنما تعزز هذا السلوك عنده. والطفل الذى يلازم أحد والديه وهو يتسول يشاركه خبرة التسول ويتعلم منه. ويلاحظ فى كثير من الحالات تصدع الأسرة بالانفصال أوالطلاق. أما عن **الحياة الزواجية** للمتسول ، فيلاحظ أن غالبية المتسولين غير متزوجين (عزاب لم يتزوجوا اطلاقا أو مطلقون أو أرامل). وعدم الزواج يكون إما للعجز أو لعدم إمكان تيسير عش الزوجية أو لتدنى الوضع الاجتماعى الاقتصادى للمتسول، مما يحول دون الزواج إلا من بيئة التسول (زميلة) . ويلاحظ أن بعض المتسولين الذين يحملون أطفالا، يكون معظم هؤلاء الأطفال بالإيجار . وبسبب عدم الزواج فى كثير من حالات التسول، فإن الحياة الجنسية تكشف عن وجود الشذوذ الجنسى خاصة الجنسية المثلية لدى كلا الجنسين فى بعض الحالات كما فى مؤسسات رعاية المتسولين. والمتسول يتوحد مع **جماعته المرجعية** «جماعة المتسولين» ذوى

الأدوار الاجتماعية المتقاربة والاتجاهات والقيم المشتركة. والمتسول بصفة عامة قليل **الأصدقاء،** ذلك نتيجة ابتعاده عن المجتمع وعن الأضواء والمناسبات الاجتماعية ، ومن ثم شعوره بالوحدة والعزلة وحتى النبذ. ومعظم رفاق المتسول وأصدقائه من المتسولين إما كزملاء أو شركاء. **والعلاقات الاجتماعية** فى حياة المتسول ضعيفة عامة،وغير سوية أحيانا. وعلاقته بالجيران سيئة، يكاد يكون معزولا اجتماعيا(*). وقد تسوء علاقة المتسول حتى برفاقة وزملائه من المتسولين(**). وهكذا تتضاءل فرص التفاعل الاجتماعى السوى أمام المتسول، وقد يحدد لنفسه معايير سلوكية توائم ظروفه خاصة عزلته الاجتماعية. ومعظم المتسولين من **الطبقة الدنيا** فى سفح الكيان الاجتماعى. وليس للمتسول وزن اجتماعى، ومعظمهم يأتون من بيئات شعبية، فمثلا فى القاهرة يأتى معظمهم من أحياء مثل الحسين والسيدة زينب والإمام الشافعى والمطرية والزاوية الحمراء. ويسكن معظم المتسولين فى مناطق متخلفة، **ومساكنهم** سيئة مزدحمة عدد حجراتها قليل، وبعضهم يسكنون المقابر. ويشاهد بعضهم ينام فى الشارع على الرصيف (الأرض فرشه والسماء غطاه). وقد يلاحظ لدى بعض المتسولين شعور السخط والعداء نحو المجتمع مما يؤدى إلى سلوك عدوانى إجرامى **مضاد للمجتمع** فى بعض الأحوال مثل السرقة.

عقليا: تشمل المكونات العقلية للشخصية ـ الوظائف العقلية مثل الذكاء العام والقدرات العقلية والعمليات العقلية العليا والتحصيل.ويلاحظ أن قلة من المتسولين يكونون عاديين من حيث القدرة العقلية العامة، والأغلبية حالات حدّية ومتخلفين عقليا. ويلاحظ أيضا أن المتسول شديد التخلف العقلى لا يستطيع التعبير عن نفسه وحتى لا يميز العملة. والمستوى الثقافى لدى المتسولين هابط تماما. ومعظم المتسولين أميون، وأعلاهم من حيث مستوى التعليم يقرأون ويكتبون.ومن النادر أن يوجد بينهم من يحمل مؤهلا. وبعض الحالات من حملة المؤهلات ممن يوجدون فى مؤسسات رعاية المتسولين هم فى الواقع مرضى عقليون سلكوا سلوك التسول كعرض مرضى وهم ليسوا متسولين فعلا.

انفعاليا: تتضمن المكونات الانفعالية للشخصية، أساليب النشاط المتعلق بالانفعالات المختلفة وما يرتبط بذلك من ثبات انفعالى أو عدمه. ويلاحظ لدى المتسولين نقص الاتزان الانفعالى والحساسية الانفعالية وسهولة الاستثارة وتقلب المزاج والاستغراق فى أحلام اليقظة. ويشاهد لدى المتسول السخط والتشاؤم والشعور بالدونية والحقد. والمتسول بصفة عامة قلق يخاف المستقبل.

(*) يقول المثل العامى: «الفقير ريحته وحشة». ويقول مثل آخر: الفقير لا يتهادى ولا يتدادى ولا تقوم له فى الشرع شهادة «. أى أن الناس تهمل شأن الفقير ولا تجامله ولا تلاطفه.

(**) يقول المثل العامى: «شحّات يكره شحّات وصاحب البيت يكره الاثنين». ويعبر هذا المثل عن أن المتسول يكره زميله المتسول حين يزاحمه فى طلب الإحسان من الناس.

دينيا: بعض المتسولين متدينون وبعضهم غير متدينين . وبعضهم يلاحظ لديهم الاستهتار بالتعاليم الدينية . وكثير من المتسولين لايصلى ولا يصوم. ويلاحظ أن معظم المودعين منهم فى المؤسسات الاجتماعية لا يمارسون العبادات بانتظام ، أو مطلقا. ويتميز المتسول بضحالة الوازع الدينى لديه وانصرافه عن ممارسة الشعائر الدينية، ربما فيما عدى المتسولين الذى يمارسون التسول داخل أو قرب دور العبادة .وعلى العموم يلاحظ أن ضعف وتضاؤل الوازع الدينى لدى المتسول يساعد على استفحال الهزات النفسية والاجتماعية التى يعانى منها. والمتسولون يستخدمون الدين فى التسول والحث على الإحسان والتصدق حيث يكثرون من الدعوات الصالحات للدنيا والآخرة.

(انظر : أحمد أمين، ١٩٥٣، أنور الشرقاوى، ١٩٧٠، حزم على عبدالواحد وافى، ١٩٧٢، أندرى Andry ، ١٩٦٠).

سلوكيات التسول:

التسول سلوك له خصائص مميزة تتضح فى كونه أسلوب حياة ودورا وله أساليب معينة.

التسول كأسلوب حياة:

التسول هو أسلوب حياة المتسول، وله خصائص متميزة وتسوده معايير وقيم وتقاليد ومعتقدات خاصة. والتسول **أسلوب حياة غير واضحة الهدف** غالبا ، حيث يلاحظ لدى المتسول عدم وضوح أهداف أو فلسفة للحياة.

ويلاحظ **انخفاض مستوى الطموح** وعدم التطلع إلى الحراك الاجتماعى الطبقى لتصور عدم إمكان تحقيقه.

ومن دراسة بعض الحالات يلاحظ أن **تاريخ الحياة** يكشف عن اعتياد التسول والعودة إليه، وأن طول مدة التسول عامل هام فى اعتياد التسول والعودة إليه والاستمرار فيه حتى بعد الحصول على إعانات اجتماعية أو حتى بدخول إحدى مؤسسات رعاية المتسولين.

وعلى الرغم من هذه الملاحظات فلا شك أن وراء كل متسول قصة. ولكل متسول تاريخ حياة، وكل **متسول حالة خاصة.**

التسول كسلوك:

التسول **سلوك قديم** منذ أقدم العصور ، وكان موجودا على عهد الرسول عليه الصلاة والسلام(*).

(*) روى عن الرسول ﷺ أنه قال : « لا تحرم السائل ولو جاء على فرس».

وسلوك التسول سلوك مكتسب متعلم من خلال **خبرة التسول** وممارسته حتى يصبح عادة سلوكية. ويلاحظ أنه عندما يبدأ الفرد خبرة التسول ويجد أنها مصدر رزق سهل فإنه يستمر، وقد يشجعه الاعتقاد السائد بين المتسولين أن التسول ليس حراما.

وسلوك التسول له **مناطق** يكثر فيها أكثر من غيرها، مثل محطات السكك الحديدية ومواقف السيارات ووسائل المواصلات وإشارات المرور وملاحقةالسيارات فى الشوارع ، والمقاهى والبيوت والشوارع والحارات والمدافن ، والمساجد وأضرحة الأولياء وميادينها ومناطقها، وحول صناديق النذور. وقد اشتهر متسولو السيدة زينب والسيد البدوى بالإلحاح فى طلب الإحسان حتى أصبح يضرب بهم المثل فى الإلحاح (زى شحاتين السيدة،أو زى شحاتين السيد). ويلاحظ أن بعض المتسولين لهم مناطق عمل لا يسمح المتسول لغيره من المتسولين الغرباء بالتسول فيها.

وسلوك التسول له **مواسم** يكثر فيها أكثر من غيرها مثل: شهر رمضان وزكاة الفطر وموسم الحج، والأعياد كعيد الفطر وعيد الأضحى والموالد كالمولد النبوى، وأيام الجمع خاصة بعد صلاة الجمعة. ويلاحظ أن معظم المتسولين من المسلمين.

وسلوك التسول له **مواقف** يكثر فيها أكثر من غيرها مثل حالات الوفاة (رحمة على الميت) وحالات المجاعة.

وقد وصف الجبرتى إحدى ثورات الجياع فى تاريخه (عجائب الآثار فى التراجم والأخبار) فقال: «فى منتصف المحرم سنة سبع ومائة وألف أصبح الفقراء والشحاذون رجالا ونساء وصبيانا وطلعوا إلى القلعة ووقفوا بحوش الديوان وصاحوا من الجوع فلم يجبهم أحد فرجعوا بالأحجار فركب الوالى وطردهم فنزلوا إلى الرميلة ونهبوا حواصل الغلة التى بها وكالة القمح وحاصل كتخدا الباشا وكان ملآنا بالشعير والفول. وكانت هذه الحادثة ابتداء الغلاء وحصل شدة عظيمة بمصر وأقاليمها وحضرت أهالى القرى والأرياف حتى امتلأت بهم الأزقة واشتد الكرب حتى أكل الناس الجيف ومات الكثير من الجوع وخلت القوى من أهاليها وخطف الفقراء الخبز من الأسواق ومن الأفران ومن على رؤوس الخبازين، ويذهب الرجلان والثلاثة مع طبق الخبز يحرسونه من الخطف وبأيديهم العصى حتى يخبزون بالفرن ثم يعودون».

التسول كدور:

التسول **دور اجتماعى ملفوظ** وغير مقدر اجتماعيا. ويتعلم الفرد الأنماط السلوكية الخاصة بهذا الدور بالخبرة والممارسة ومن خلال عملية التنشئة الاجتماعية .

وتعلم جماعة المتسولين **معايير** سلوك دور التسول لـلفرد الذى عليه أن يستدخلهـا ويتبناها حتى يلعب «دور المتسول» وعليه أن يلتزم بها ويسايرها، ومن ذلك مظاهر العجز ومظاهر الخداع والمبالغة المعروفة التى تعلن عن دور المتسول.

وتختلف **الأدوار الفرعية** داخل دور المتسول . فهناك «المعـلمون» أو «القادة» أو «الـكبار» وهناك «الشغالة»...وهكذا.

وكما يحدد **سلوكدورالمتسول** سلوك التسـول الذى يتوقعه الآخرون وهو «الطلـب»، فإنه يحدد سلوك الآخرين «المحسنين» الذى يتوقعه المتسول ـ بحكم قيامه بهذا الدور ـ وهو «العطاء».

والدور الاجتماعى (دور التسول) **نفسه يؤثر فى شخـصية المتسول**، حيث يتحدد دور المتسول بمعايير سلوكيـة خاصة بالتسول والمتسولين ، وتوجد معالم خاصة لشـخصية دور التسول، أى شخصية الفرد وهو يقوم بدور التسول.

وهناك من يتخذ التسول مهنة أو حرفة **ودورا مهنيا** يكاد يرتبط باسمه «فلان الشحات» مثل «فلان المحـامى»، وكلما قـبض عليه وأدخل إصـلاحية أو سـجنا عاد إلى التـسول مـرة أخرى . وهؤلاء يرون فى «مـهنة التسـول» مهنة مـربحة بدون رأس مـال(*). فكم من مـتسـولين لديهم ثروات وعمارات.

أساليبالتسول:

يبذل المتسول قصارى جهده فى إلحاح لاستدرار عطف المحسن واستثارة عواطفه وجعله يعطى ما يـطلبه المتسول من مـال أو غذاء أو كسـاء، ويستـخدم كـافة الأسـاليب الممكنة ، **وأشيعها مايلى:**

- الطلب المباشر للحـسنة: مثل: « ... أعطنى حسنة لله، أو أعطنى مما أعطاك الله»، وأخذ مـا فيه القسمة.

- الطلب من الله: والاستنجاد بالرسـول وأولياء الله مع الظهور بحالة بائسة تسـتلفت نظر عباد الله المحسنين.

- الدعاء: ويعـتبر المتسـولون أخصائيين فى الـدعاء. وهم يستخـدمون الدعاء المنوع العـام، مثل الدعاء بالستر دنيـا وآخرة، وطول العمر، وجبر الخاطر، ويستخـدمون الدعاء المناسب للمريض بالشـفـاء ، وللشاب أو الشـابة بالزواج ، ولـلكبيـر بأن يبـارك الله له فى الأولاد وللزوجـين أن يحفظهما الله لبعضهما ، وللمسافر بسلامة الوصول... وللطالب بالنجاح ... إلخ.

(*) يقول المثل العامى: «الشحاتة كيميا» أى أنها مورد كبير.

- استدرار العطف: بحمل الأطفال الصغار اليتامى المحتاجين هم وأمهم الأرمل. وهؤلاء قد لا يكونون أولادهن أو قد يكونون بالإيجار . وهناك حالات من المتسولات من قد تحمل سفاحا لاستخدام طفلها فى التسول أرخص من استئجار طفل لزوم التسول.

- عرض حالة: مثل: مريض خارج من مستشفى دون مال ويحتاج إلى مساعدة، أو غريب يريدالسفر والعودة إلى بلده.

- عرض منشور: فيه مايشبه دراسة الحالة مثل عائل أسرة حدثت له كارثة ويطلب مافيه النصيب.

- عرض سلع بسطة: (لا تصلح موردا جديا للتعيش) مثل .. الكتيبات الدينية والسبح والنعناع والكبريت والمناديل الورقية ... إلخ.

- القيام بخدمات وأعمال بسيطة شكلية لا قيمة لها: مثل مسح السيارات .

- القيام بألعاب بهلوانية وألعاب قوى فى الشوارع.

- عزف الموسيقى مثل البيانولا وضرب الدفوف.

- التغنى بمدح الرسول ﷺ «المداحون».

- قراءة القرآن كما يحدث فى المدافن.

- عرض العاهات والأمراض: كالعمى أو العرج أو الكساح وآثار الحوادث كبتر طرف أو كسره أو تشوه الجسم أوالجرب ... إلخ.

ويلاحظ أن الكثير من هذه الأساليب تستخدم فيها وسائل خداع وغش تعتبر بمثابة **مؤهلات التسول،** حيث يتصنع المتسول العاهة أو يدعى العجز ويفتعله. وهناك بعض «المعلمين» فى عالم التسول يقومون بكل وحشية وقسوة بإحداث العاهات فى ضحايا يدفعون بهم إلى التسول. ويتم ذلك فى أماكن تشويه خاصة تحت الأرض فى غرف رهيبة لبتر السيقان والسواعد أو تجبيسها وفقء الأعين وتشويه الوجوه.

المتسول والمحسن:

المحسن هو «الزبون» أو «العميل» أو «الممول» بالنسبة للمتسول. وهو الجمهور العريض بصفة عامة خاصة الطيبن القادرين على العطاء، وهم كثيرون(*).

وهناك من المحسنين من يفضل المتسول التعامل معهم أكثر من غيرهم على أساس أنهم يستجيبون للطلب بنسبة أكثر، **ومن هؤلاء:**

- الشخص الذى يظهر عليه الثراء وآثار النعمة.

(*) يقول المثل العامى: «الشحات له نص الدنيا».

ـ أصحاب المحلات والمصانع والورش.

ـ المصلون بعد الصلاة ودافعو الزكاة.

ـ زوار الأضرحة.

ـ الرجل مع المرأة.

ويعرف المتسولون **المحسنون الأكثر عطاء،** فهم يعرفون أن معظم المحسنين من الإناث والسيدات والشباب والرجال، ويعرفون أن الشباب من الجنسين أكثر سخاء وعطفا من الكبار، ويعرفون أن الشباب أرق قلبا من الإناث، ويعرفون أن الشباب من القرى تخدعهم مناظر المتسولين وهم أكثر طيبة من شباب المدينة، ويعرفون أن الأميين أسرع تأثرا من المثقفين والمتعلمين.

والمحسن فى عطائه للمتسول يقوم بذلك تصدقا وتقربا إلى الله (*)، ويعتبر أن «جبر الخواطر على الله» . إلا أن العطاء لمن يستحق ومن لا يستحق يكون مسئولا إلى حد كبير عن سلوك التسول ومشجعا لمحترفى التسول.

(انظر: إبراهيم شعلان، ١٩٧٢، حامد زهران، ١٩٨٤، سعد المغربى، ١٩٦٠، عبدالعاطى حامد، ١٩٧٤، جلويك وجلويك Glueck & Glueck ، ١٩٣٤).

الصحة النفسية للمتسول:

الصحة النفسية هى حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا، ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة ، وتكون شخصيته متكاملة سوية ، ويكون سلوكه عاديا ، بحيث يعيش فى سلامة وسلام (حامد زهران، ١٩٧٨).

وفى ضوء هذا التعريف فإن **المتسول يكون غير صحيح نفسيا غالبا.**

توافق المتسول:

اذا كان التوافق النفسى هو عملية تتناول السلوك والبيئة بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد وبيئته ، وهذا التوازن يتضمن أشباع حاجات الفرد ومقابلة متطلبات البيئة ، فإن **المتسول يصعب عليه تحقيق توافق سليم** شخصيا واجتماعيا ومهنيا فى ضوء ظروفه وحالته.

والمتسول يتوافر لديه الكثير من **عوامل سوء التوافق.** فكثير من مطالب النمو السوى لا

(*) قال الله تعالى: ﴿وَفِي أَمْوَالِهِمْ حَقٌّ لِّلسَّائِلِ وَالْمَحْرُومِ﴾. وقال تعالى: ﴿وَأَمَّا السَّائِلَ فَلَا تَنْهَرْ﴾ وقال رسول الله ﷺ : «ما نقصت صدقة من مال».

تتحقق ممايؤدى إلى شقائه، إنه مثلا لا يتعلم المهارات والمفاهيم الضرورية للإنسان الصالح، ولا يتحمل المسئولية الاجتماعية ، ولا يعمل فى مهنة اجتماعية ، وقد لا يستطيع الزواج وتكوين أسرة، ودوافع المتسول معوقة، فبحثه عن لقمة العيش ليس عن طريق العمل، والدافع الجنسى قد لا يشبع لصعوبة أو استحالة الزواج. والمتسول يعجز عن إشباع الكثير من حاجاته الضرورية مثل الحاجة إلى الأمن والحاجة إلى الحب والحاجة إلى تحقيق الذات والحاجة إلى المكانة الاجتماعية والتقدير واحترام الذات.

والمتسول يكون غالبا غير متوافق **شخصيا**، فهو غير سعيد مع نفسه وغير راض عنها، يشبع حاجاته بصعوبة، وهو غير متوافق اجتماعيا وغير سعيد مع الآخرين ولا يلتزم بأخلاقيات المجتمع ولا يساير معاييره الاجتماعية ، وتفاعله الاجتماعى غير سليم ولا يعمل لخير الجماعة ، وهو غير متوافق **مهنيا**، فهو يعمل فى مهنة **مجرّمة** وغير منتجة .

الاضطرابات السلوكية لدى المتسول:

المتسول شأنه شأن أى فرد آخر عرضة للمشكلات النفسية والأمراض النفسية والعقلية ، ولكن **ربما بنسبة أكبر** نتيجة للأسباب التى سبق ذكرها.

وتشاهد لدى المتسول **مشكلات سلوكية** تستفحل لتركها دون حل ، لأنه ليس بعد الفقر والحاجة مشكلة بالنسبة للمتسول ، فالمشكلات الأخرى بالنسبة له «مشكلات هينة». وأشيع المشكلات والاضطرابات السلوكية المشاهدة لدى المتسولين هى مشكلات المعوقين. فالمتسول المعوق (الأعمى أو ضعيف البصر، والأصم أو ضعيف السمع، والكسيح أو المشلول أو الأبتر، والمشوه) يعانى من وجود مفهوم ذات ومفهوم جسم سالب، ويعانى من مشكلات أسرية ، ويعانى من مشكلات انفعالية مثل: الخوف ومشاعر العجز والأسى والغيرة واللازمات الانفعالية الحركية ومشكلات الزواج مثل الإقلاع الإجبارى عنه بسبب الإعاقة والزواج من شريك معوّق. ويرتبط بالإعاقة الحرمان من بعض المثيرات البيئية ونقص الاتصال بالعالم الخارجى وتقييد الحركة. هذا ويلاحظ أن أسلوب المتسول فى حل مشكلاته سلبى وعاجز.

ويلاحظ فى مؤسسات رعاية المتسولين أن نسبة منهم يعانون من **المرض النفسى** (عصابيون)، وأشيع الحالات حالات القلق والاكتئاب، ويلاحظ أيضا أن نسبة منهم يعانون من **المرض العقلى** (ذهانيون) وأشيع الحالات حالات الفصام.

وهناك بعض الحالات **«التسول المرضى»** حيث يشاهد التسول القهرى الذى لا يقاوم لدى حالات المتسولين غير المحتاجين، الذين يأتون من أسر عادية وبعضها ميسور الحال. فمنهم من يقال إن والده موظف مرموق، ومنهم من يقال إن أولاده يشغلون مناصب ووظائف فى المجتمع .

التسول كمرض اجتماعى:

التسول سلوك مرضى غير سوى غير مرغوب اجتماعيا، يقابل بالاستهجان والرفض ويبعد المتسول كثيرا عن صورة الإنسان الصالح ويتطلب المكافحة والعلاج.

والتسول سلوك مشكل ، فهو يعتبر مشكلة فردية يعانى منها الشخص المتسول، وقد ينتج عن أسباب فردية مثل العجز ، وهو أيضا **مشكلة اجتماعية** فى نفس الوقت سواء من حيث الأسباب أو النتائج. والتسول قد يؤدى إلى الجناح والانحراف عن معايير السلوك الاجتماعى المرتضى ، وقد يقود إلى سلوك إجرامى.

ومن **أعراض سلوك التسول** ـ كمرض اجتماعى ـ التشرد والبطالة، والشعور بالرفض والحرمان ونقص الحب وعدم الأمن، والشعور بالعجز والنقص والمرارة والغيرة والحقد ، وعدم المسئولية، والبله الأخلاقى والاستهتار بالقيم الأخلاقية.

وهكذا فإن التسول **مرض اجتماعى** يظهر فى شكل سلوك سالب غير بناء، ويمثل فاقدا بشريا فى البناء الاجتماعى، ويتطلب المكافحة والاهتمام بكل من الوقاية والعلاج.

الوقايــة:

المنهج التنموى يوجب التوجيه السليم (نفسيا وتوبويا ومهنيا) من خلال رعاية النمو بما يضمن إتاحة الفرص أمام القرد للنمو السوى دون انحراف.

المنهج الوقائى يتضمن الوقاية من الانحراف حين تلوح علاماته ومؤشراته وتتوافر أسبابه فى الأفق، أو عندما يكون وشيك الحدوث أو متوقعا. وتتخلص الخطوط العريضة للمنهج الوقائى فى ا لإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسى السوى ونمو المهارات الأساسية والتوافق المهنى والتنشئة الاجتماعية السليمة.

وفيما يلى أهم **الإجراءات الوقائية** من التسول:

- اتخاذ التدابير الوقائية اللازمة فى إطار الأسرة والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية المختلفة ، والاهتمام بوسائل رفع مستوى المعيشة وبرامج التوعية ، وتضافر الجهود لمواجهة دوافع التسول.
- الاهتمام بالأحكام التشريعية والتدابير الاجتماعية للحماية من الإهمال والاستغلال والفقر والجهل والمرض وغيرها من أسباب التسول.
- الوقاية المبكرة السابقة من التسول عن طريق تشخيص الحالة وعلاج المشكلات فى أولها منعا لحدوثه.

- اتخاذ التدابير الاجتماعية لتزويد المعرضين للتسول - خاصة المعوقين - بما يحتاجونه من معونة ومساعدة عن طريق المؤسسات الاجتماعية والتربوية والمهنية.
- وجود برامج تعنى بحالات التسرب من المدارس ومراكز التدريب مما يقلل العمل ويؤدى إلى التسول.
- وجود برامج تعنى بالشباب العاطل عن العمل وتأهيله مهنيا.
- الوقاية من العود بمنع المتسول الذى سبق القبض عليه بتهمة التسول من التسول ثانية بكافة الوسائل.
- تدعيم أقسام الضيافة فى مؤسسات الرعاية الاجتماعية للمتسولين والتى تستقبل من يلجأ إليها ممن يحتاجون إلى رعاية تحول دون تعرضهم للتسول.
- توفير مؤسسات رعاية المسنين وعلاج المرضى المزمنين والمرضى العقليين حيث تقدم الرعاية الإنسانية المتخصصة، حتى لا يلجأوا إلى التسول.
- تشجيع التكافل الاجتماعى ومساندة الضعفاء ومساعدة المحتاجين ليس بالإحسان إليهم وهم يتسولون، ولكن بالرعاية المطلوبة لكل محتاج والإنفاق عليه مما يحول دون لجوئه إلى التسول. وفى الإسلام يحسن أن تؤخذ الصدقات من الأغنياء لترد على الفقراء(*).

العلاج:

لقد أسهمت نظريات **الدفاع الاجتماعى** فى تقديم الرعاية العلاجية المتكاملة نفسيا واجتماعيا وتربويا وصحيا بهدف النظر إلى التسول كظاهرة وكسلوك مرضى يستحق العلاج أكثر من العقوبة، حيث يتم إعادة البناء التربوى والنفسى والاجتماعى للمتسول لإعادته كإنسان منتج فى المجتمع.

ويتضمن **المنهج العلاجى** إزالة الأسباب وعلاج المشكلات والاضطرابات والأمراض حتى العودة إلى حالة التوافق والسلوك السوى.

وفيما يلى **أهم إجراءات العلاج:**

- إجراء البحوث الاجتماعية والنفسية المتعلقة بحالة التسول بهدف الوقوف على أسباب التسول ومحاولة علاجها.
- العلاج النفسى: لتصحيح السلوك، وتعديل مفهوم الذات لدى المتسول بحيث يرتفع تقديره

(*) جاء فى الحديث القدسى عن الله عز وجل: «أنفق يابن آدم أنفق عليك».

لقيمة ذاته وتزداد ثقته بنفسه، وعلاج الشخصية والسمات المرتبطة بالتسول، وحل الصراعات، ومقابلة عوامل الإحباط والتوتر، وإشباع الحاجات النفسية غير المشبعة وخاصة الحاجة إلى الأمن، وعلاج مشاعر الاغتراب لدى المتسول وتنمية الانتماء إلى المجتمع. ومن الطرق شائعة الاستخدام: العلاج بالعمل خاصة فى المؤسسات كل حسب إمكاناته فى الأعمال الزراعية وتربية الطيور والحيوانات وأعمال السباكة والطهى والحلاقة والكى، وإشغال وقت الفراغ بالرياضة والترويح عن النفس والهوايات ، والعلاج الدينى الذى يقوم على التوبة والاستبصار والتعلم والصبر والتوكل على الله.

- الإرشاد النفسى العلاجى والمهنى للمتسول فى مناخ نفسى ملائم، يتسم بالصبر والفهم والمساندة والتوجيه السليم نحو سلوك فعال مقبول، وتنمية القدرة على حل المشكلات ورسم فلسفة جديدة وأسلوب جديد للحياة، مع الاهتمام بالتأهيل المهنى والتشغيل.
- العلاج البيئى بإصلاح وتعديل الظروف البيئية السيئة والمنخفضة اجتماعيا واقتصاديا، والتى تؤدى إلى التسول، وذلك بتوفير الرعاية الاجتماعية المناسبة واستخدام كافة إمكانات الخدمة الاجتماعية المتيسرة فى المجتمع ، والإيداع فى المؤسسات للتأهيل النفسى والتربوى والمهنى بهدف الإصلاح والتقويم.
- العلاج الطبى لحالات الأمراض والعاهات والتشوهات المشاهدة فى حالات التسول.
- علاج حالات الإعاقة بتقديم الخدمات المتخصصة نفسيا واجتماعيا وطبيا لتصحيح مفهوم الذات وفكرة المعوق عن نفسه واتجاهاته نحو عاهته، والتغلب على بطالة المعوقين ، وحل مشكلاتهم الاجتماعية والزواجية الخاصة، وتوفير المساعدات السمعية والبصرية لضعاف السمع والبصر والأجهزة للمشلولين والأطراف الصناعية للمبتورين وإجراء العمليات الجراحية اللازمة للمشوهين.

(انظر: حامد زهران ، ١٩٧٨، ١٩٨٠، ماك كان Maccann ، ١٩٥٧).

التوصيات:

وبعد ... وفى ختام هذه الدراسة النفسية الاستطلاعية عن التسول، **فيما يلى عدد من التوصيات:** (يرجى العمل بها).

- تبنى وجهة نظر الدفاع الاجتماعى وتنشيط الدور الإصلاحى لجمعيات ومؤسسات الدفاع الاجتماعى التى تتعامل مع المتسولين.
- قيام دور العبادة ووسائل الإعلام بدورها فى الترغيب فى العمل الشريف ومكافحة التسول، والدعوة إلى الابتعاد عن السلوك المنحرف والتواكل والتسول ، وتوعية المواطنين المحسنين بأن

يوجهوا إحسانهم إلى المؤسسات الاجتماعية التى تقدم الرعاية لمن يحتاجها فعلا، وأن تعطى أموال الزكاة والصدقات إلى ذوى القربى واليتامى والمساكين وأبناء السبيل والسائلين.

- حل مشكلة التسول حلا جذريا بما يوفر الحياة الكريمة ولقمة العيش لكل مواطن كحق من حقوقه مهما كان عاجزا أو معوقا.

- توفير فرص العمل الشريف للقادرين عليه والراغبين فيه لتحسين ظروف المعيشة وزيادة فعالية مكاتب العمل لتوفير مورد مالى منتظم يوفر الحد المناسب للمعيشة والاهتمام بمراكز التدريب المهنى والفنى والحرفى، مع العناية بمواجهة مشكلة البطالة والتشرد وتوفير العمل لكل عاطل تشجيعا للعمل ومحاربة للتسول.

- توفير مؤسسات الرعاية الشاملة للمتسولين، وتدعيم أقسام الإيداع بها والتى تتوافر فيها الرعاية الاجتماعية والنفسية والطبية للمحتاجين إليها، والتدريب والتأهيل المهنى والإعداد للحياة تمهيدا لإعادتهم لبيئاتهم مواطنين صالحين، ومتابعتهم من خلال الرعاية اللاحقة بعد خروجهم لضمان استقرارهم فى المجتمع الخارجى، واستمرار صلاحيتهم وممارسة العمل وعدم العود إلى التسول، مع الاهتمام بتحقيق التعاون بين هذه المؤسسات وأسر المتسولين وسائر المؤسسات الأخرى فى البيئة.

- أسناد رعاية المتسولين إلى أخصائيين نفسيين وأخصائيين ومشرفين اجتماعيين وأطباء متخصصين فى رعاية هذه الفئة.

- إسناد مهمة مكافحة التسول إلى شرطة خاصة يراعى فى اختيارها التخصص، مع تزويدها بالتدريب الخاص (بدلا من القبض عليهم دون تمييز حيث يعتبر معظم رجال شرطة الآداب التشردوالتسول وجهان لعملة واحدة).

- توجيه البحوث والباحثين فى علم النفس والاجتماع إلى هذا المجال البحثى البكر «التسول».

﴿ الْحَمْدُ لِلَّهِ الَّذِى هَدَانَا لِهَذَا وَمَا كُنَّا لِنَهْتَدِىَ لَوْلا أَنْ هَدَانَا اللَّه﴾

صدق الله العظيم

المراجع

- **إبراهيم حرب** (١٩٨٥). مسئولية رجال الأمن فى معالجة الانحراف والتشرد والجريمة . الحلقة العلمية السادسة وموضوعها مشكلات الشباب فى المجتمع العربى المعاصر . الرياض : المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب.

- **إبراهيم شعلان** (١٩٧٢). الشعب المصرى فى أمثاله العامية . القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- **أحمد أمين** (١٩٥٣).قاموس العادات والتقاليد والتعابير المصرية. القاهرة: مطبعة لجنة التأليف والترجمة والنشر.

- **الجمعية العامة للدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية** (د.ت.). قوانين وقرارات الدفاع الاجتماعى. القاهرة: سلسلة مطبوعات الدفاع الاجتماعى. الكتاب رقم ٢.

- **الشعبة القومية للتربية والعلوم والثقافة** (١٩٧٥). معجم العلوم الاجتماعية . القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- **أنور محمد الشرقاوى** (١٩٧٠). دراسة لأبعاد مفهوم الذات لدى الجانحين رسالة ماجيستير: كلية التربية جامعة عين شمس.

- **أنور محمد الشرقاوى** (١٩٧٧). انحراف الأحداث . القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشر.

- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسى (الطبعة الثانية). القاهرة : عالم الكتب.

- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى. (الطبعة الثانية). القاهرة: عالم الكتب.

- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٨٤).علم النفس الاجتماعى (الطبعة الخامسة). القاهرة : عالم الكتب.

- **حزم على عبد الواحد وافى** (١٩٧٢). دراسة تجريبية لسمات شخصية الفتاة الجانحة فى مصر. رسالة ماجستير: كلية الآداب جامعة عين شمس.

- **سيد المغربى** (١٩٦٠). انحراف الصغار: دراسة نفسية اجتماعية لظاهرة التشرد والإجرام بين الأحداث فى الإقليم المصرى. القاهرة : دار المعارف.

- **سيد عويس** (١٩٦٣). تشرد الأحداث . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- **عبد العاطى حامد** (١٩٧٤). مغامرات صحفى فى قاع المجتمع المصرى (الطبعة الثالثة). القاهرة: مؤسسة أخبار اليوم.

- **عبد الفتاح عجوة** (١٩٨٥). البطالة فى العالم العربى وعلاقتها بالجريمة. الرياض: المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب .

- **محمد على حسن** (١٩٧٠). علاقة الوالدين بالطفل وأثرها فى جناح الأحداث. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- **وفاء الخناجرى** (١٩٨٢). الأمثال الشعبية فى حياتنا اليومية . القاهرة : المكتبة القومية الحديثة.

- **Andry, R. G. (1960).** Delinquency and Parental Pathology. London: Methuen.

- **Glueck, S. & Glueck, E. (1934).** One Thousand Juvenile Delinquents. Cambridge: Mass. Harvard University Press.

- **Maccann, R. V. (1957).** Delinquency: Sickness or Sin? New York: Harper & Row.

[٤] الأمن النفسى دعامة أساسية للأمن القومى العربى والعالمى(*)

مقدمة:

ورد ذكر الأمن فى القرآن الكريم فى آيات كثيرة:

* قال الله تعالى: ﴿وَإِذْ جَعَلْنَا الْبَيْتَ مَثَابَةً لِّلنَّاسِ وَأَمْنًا ...﴾ [البقرة: آية ١٢٥].

* وقال تعالى: ﴿وَإِذْ قَالَ إِبْرَاهِيمُ رَبِّ اجْعَلْ هَذَا بَلَدًا آمِنًا ...﴾ [البقرة: آية ١٢٦].

* وقال تعالى: ﴿ إِنَّ أَوَّلَ بَيْتٍ وُضِعَ لِلنَّاسِ لَلَّذِي بِبَكَّةَ مُبَارَكًا وَهُدًى لِّلْعَالَمِينَ (٩٦) فِيهِ آيَاتٌ بَيِّنَاتٌ مَّقَامُ إِبْرَاهِيمَ وَمَن دَخَلَهُ كَانَ آمِنًا ...﴾ [آل عمران: آية ٩٦-٩٧].

* وقال تعالى: ﴿أَوَ لَمْ يَرَوْا أَنَّا جَعَلْنَا حَرَمًا آمِنًا وَيُتَخَطَّفُ النَّاسُ مِنْ حَوْلِهِمْ ...﴾ [العنكبوت: آية ٦٧].

* وقال تعالى: ﴿فَلْيَعْبُدُوا رَبَّ هَذَا الْبَيْتِ (٣) الَّذِي أَطْعَمَهُم مِّن جُوعٍ وَآمَنَهُم مِّنْ خَوْفٍ﴾ [قريش: آية ٣، ٤].

* وقال تعالى: ﴿وَضَرَبَ اللَّهُ مَثَلاً قَرْيَةً كَانَتْ آمِنَةً مُّطْمَئِنَّةً يَأْتِيهَا رِزْقُهَا رَغَدًا مِّن كُلِّ مَكَانٍ فَكَفَرَتْ بِأَنْعُمِ اللَّهِ فَأَذَاقَهَا اللَّهُ لِبَاسَ الْجُوعِ وَالْخَوْفِ بِمَا كَانُوا يَصْنَعُونَ﴾ [النحل: آية ١١٢].

* وقال تعالى: ﴿وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ لَيَسْتَخْلِفَنَّهُمْ فِي الأَرْضِ كَمَا اسْتَخْلَفَ الَّذِينَ مِن قَبْلِهِمْ وَلَيُمَكِّنَنَّ لَهُمْ دِينَهُمُ الَّذِي ارْتَضَى لَهُمْ وَلَيُبَدِّلَنَّهُم مِّنْ بَعْدِ خَوْفِهِمْ أَمْنًا ...﴾ [النور: آية ٥٥].

وتشير الآيات الكريمة إلى أهمية الأمن فى حياة الإنسان ضد الخوف والجوع وكل مهددات الأمن، وإلى أهمية أمن المواطن وأمن الوطن.

وضمت الشريعة المسيحية فى الأناجيل كل ما يؤكد قيامها على الأمن والأمان، وعلى المحبة والسلام، وعلى الرحمة والخلاص كأسمى الفضائل.

(*) ندوة الأمن القومى العربى، اتحاد التربويين العرب، بغداد (نوفمبر ١٩٨٨).

واشتملت الشريعة اليهودية فى الأسفار على أوامر ونواهى خاصة بتربية الفضائل الإنسانية وعلى رأسها فضيلة السلام والأمن.

والأمن أمنية البشر الغالية، وأمنية الأفراد والجماعات فى حاضرها ومستقبلها. وتقوم الحكومات والنظم، والدساتير والقوانين، والمعاهدات والمواثيق لكفالة أمن البشر.

وإذا كان الأمن القومى العربى هو الدعامة الأساسية للاستقلال السياسى والاقتصادى والفكرى، فإن الأمن النفسى دعامة أساسية للأمن القومى العربى.

مفهوم الأمن:

الأمن - كمفهوم عام - يعنى حالة مجتمع تسوده الطمأنينة وترفرف عليه رايات التوافق والتوازن الأمنى، مجتمع يسوده الأمن المستتب.

وحالة الأمن لها مكونان متلازمان هما: الأمن الشعورى وهو شعور الفرد والمجتمع بالحاجة إلى الأمن، والأمن الإجرائى وهو الجهود المنظمة لتحقيق الأمن أو استعادته (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

ومن المفاهيم والمصطلحات الواردة: الأمن النفسى، والأمن العام، والأمن القومى، والأمن الدولى، والأمن العالمى.

أهداف الأمن:

الإنسان الآمن يسعد فى عمله وينتج، ويمارس حياته الطبيعية. ولا خلاف حول الحاجة إلى خدمات الأمن، بالنسبة للفرد والمجتمع والدولة. فبالنسبة للفرد، فإن خدمات الأمن هى الضمان لحريته. وبالنسبة للمجتمع، فإن خدمات الأمن تحافظ على سلامته من العوامل التى تهدد مقوماته ونظمه. وبالنسبة للدولة، فإن الأمن يحافظ على كيانها واستقرار الحال فى ربوعها (الصادق حلاوة، د.ت.).

أبعاد الأمن:

أبعاد الأمن متعددة ومنها: العسكرية، والاقتصادية، والاجتماعية، والتربوية، والثقافية، والنفسية. والأمن يتضمن الثقة والهدوء والطمأنينة النفسية نتيجة للشعور بعدم الخوف من أى خطر أو ضرر.

ويكون الإنسان آمناً حين تتوافر له الطمأنينة على حاجاته الجسمية والفسيولوجية، وإلى العدل والحرية والمساواة والكرامة. وبغير هذا الأمن يظل الإنسان قلقاً، ضالاً، خائفاً، لا يستقر على أرض، ولا يطمئن إلى حياة (محمد نيازى حتاتة، ١٩٦٧).

أساليب تحقيق الأمن:

الإنسان مسئول عن تحقيق الأمن لنفسه وفى المجتمع، وذلك عن طريق العديد من الأساليب الاقتصادية، والسياسية ، والاجتماعية، والتربوية، والنفسية، وكل الإجراءات التى تتخذها أجهزة الأمن (محمد إبراهيم بنهان، ١٩٦٥).

التربية من أجل الأمن:

يلاحظ أن التربية من أجل الأمن، والتربية من أجل السلام، والتربية من أجل التفاهم العالمى، أصبحت من الآمال الكبرى التى يجب أن تأخذ طريقها إلى التطبيق العملى.. حيث يوجه الاهتمام إلى تربية النشء على الولاء للأسرة، وللبيئة المحلية وللوطن وللقومية وللعالم الأكبر. ويجب أن يدعم هذا إقليمياً، حتى يتحقق الأمن فى المناطق والوحدات الكبرى فى العالم، ومنها الوطن العربى (هيربرت ريد، ١٩٦٤، محمد الهادى عفيفى وسعد مرسى، ١٩٧٣، تيرى كارسون Carson، ١٩٨٥)

ومن أهم أهداف التربية والصحة النفسية فى مجتمعنا العربى والإسلامى، تنمية الإنسان العربى المسلم الصالح، والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة والإيمان، والفرد الصحيح نفسياً والذى يعيش فى أمن وسلام (حامد زهران، ١٩٨٠).

ومن المبادىء التى تقوم عليها منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلوم والثقافة (يونيسكو)، أن التربية لابد أن تعمل على إقامة دعائم السلام والتفاهم العالمى والأمن السياسى والاقتصادى.

الأمن النفسى:

الأمن النفسى يقال له أيضاً «الأمن الانفعالى»، و «الأمن الشخصى»، و «الأمن الخاص»، و«السلم الشخصى». والأمن النفسى من المفاهيم الأساسية فى مجال الصحة النفسية (عبدالعزيز القوصى، ١٩٦٩، حامد زهران، ١٩٧٨).

ويرتبط الأمن النفسى والأمن الاجتماعى والصحة النفسية، وتوجد علاقة جوهرية بين الاتجاه الدينى ومشاعر الأمن كعامل من عوامل الشخصية الذى يحدد الصحة النفسية (ليلا كريشنان، Krishnan ١٩٨١).

وهل يسعد الإنسان لو أمن العالم كله وفقد هو أمنه؟

مفهوم الأمن النفسى:

والأمن النفسى هو الطمأنينة النفسية والانفعالية، وهو الأمن الشخصى، أو أمن كل فرد على حدة.

والأمن النفسى هو حالة يكون فيها إشباع الحاجات مضموناً، وغير معرض للخطر (مثل الحاجات الفسيولوجية، والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى الحب والمحبة، والحاجة إلى الانتماء والمكانة، والحاجة إلى التقدير، والحاجة إلى احترام الذات، والحاجة إلى تقدير الذات. وأحياناً يكون إشباع الحاجات دون مجهود، وأحياناً يحتاج إلى السعى وبذل الجهد لتحقيقه. والأمن النفسى مركب من اطمئنان الذات، والثقة فى الذات، والتأكد من الانتماء إلى جماعة آمنة (هوراس إنجليش، آفا إنجليش English & English، ١٩٥٨).

والشخص الآمن نفسياً هوالذى يشعر أن حاجاته مشبعة، وأن المقومات الأساسية لحياته غير معرضة للخطر. والإنسان الآمن نفسياً يكون فى حالة توازن أو توافق أمنى (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

الحاجة إلى الأمن:

الحاجة إلى الأمن هى أهم الحاجات النفسية، ومن أهم دوافع السلوك طوال الحياة، وهى من الحاجات الأساسية اللازمة للنمو النفسى السوى والتوافق النفسى والصحة النفسية للفرد (سوزان لونديرفيل، مارى مين Londerville & Main، ١٩٨١).

والحاجة إلى الأمن هى محرك الفرد لتحقيق أمنه. وترتبط الحاجة إلى الأمن ارتباطاً وثيقاً بغريزة المحافظة على البقاء. وتتضمن الحاجة إلى الأمن الحاجة إلى: شعور الفرد بأن بيئته بيئة صديقة، مشبعة للحاجات، وبأن الآخرين يحبونه ويحترمونه ويقبلونه داخل الجماعة، والاستقرار والأمن الأسرى والتوافق الاجتماعى، وحل المشكلات النفسية والاجتماعية، وعلاج أى مرض نفسى، والاطمئنان فى سكن مستقر وإلى مورد رزق مستمر، والأمن الجسمى والصحة الجسمية والشفاء عند المرض، وتجنب الخطر والتزام الحذر، وأمن المخاطر الطبيعية، والشعور بالثقة والاطمئنان والأمن والأمان.

وتتطلب الحاجة إلى الأمن سعى الفرد المستمر للمحافظة على الظروف التى تضمن إشباع الحاجات الحيوية والنفسية، تحت تأثير شعوره بحاجته إلى تأمين نفسه وممتلكاته، ضماناً للاستقرار والطمأنينة، وحتى ينطلق إلى السعى وراء عيشه وتطوير حياته، مستغلاً طاقاته وقدراته فى ظلال الأمن (الصادق حلاوة، د. ت.).

ويحتاج إشباع الحاجة إلى الأمن إلى تماسك الجماعة، والشعور بالانتماء ووحدة الأهداف، وسلامة السلوك، وسلامة الأدوار الاجتماعية، ووضوح العلاقات الاجتماعية، ويسر الاتصال (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

ولا شك أن ارتباط الفرد بالمجتمع والولاء له، مرهونان بإشباع الدوافع والحاجات التى تمكنه من العيش والسعى المنظم الآمن إلى تأمين رزقه، وتوفير موارد عيشه، وتطوير السبل التى ترتقى بها مظاهر حياته (أمانة المنظمة العربية للدفاع الاجتماعى، ١٩٨١).

أبعاد الأمن النفسى:

يشتمل الأمن النفسى (لدى الفرد) على أبعاد أساسية أولية هى:

* الشعور بالتقبل والحب وعلاقات الدفء والمودة مع الآخرين (ومن مظاهر ذلك الاستقرار والزواج والوالدية).

* الشعور بالانتماء إلى الجماعة والمكانة فيها (وتحقيق الذات والعمل الذى يكفى لحياة كريمة).

* الشعور بالسلامة والسلام (وغياب مبددات الأمن مثل الخطر والعدوان والجوع والخوف).

ويشتمل الأمن النفسى على أبعاد فرعية ثانوية هى:

- إدراك العالم والحياة كبيئة سارة دافئة (يشعر بالكرامة، وبالعدالة، وبالاطمئنان، والارتياح).
- إدراك الآخرين بوصفهم ودودين أخياراً (وتبادل الاحترام معهم).
- الثقة فى الآخرين وحبهم (والارتياح للاتصال بهم، وحسن التعامل معهم، وكثرة الأصدقاء).
- التسامح مع الآخرين (وعدم التعصب).
- التفاؤل وتوقع الخير (والأمل والاطمئنان إلى المستقبل).
- الشعور بالسعادة والرضا (عن النفس، وفى الحياة).
- الشعور بالهدوء والارتياح والاستقرار الانفعالى (والخلو من الصراعات).
- الانطلاق والتحرر والتمركز حول الآخرين إلى جانب الذات (والشعور بالمسئولية الاجتماعية وممارستها).
- تقبل الذات والتسامح معها والثقة فى النفس (والشعور بالنفع والفائدة فى الحياة).
- الشعور بالكفاءة والاقتدار والقدرة على حل المشكلات (والشعور بالقوة وتملك زمام الأمور، والنجاح).
- المواجهة الواقعية للأمور (وعدم الهروب).
- الخلو النسبى من الاضطراب النفسى (والشعور بالسواء والتوافق والصحة النفسية).(فاروق عبدالسلام، ١٩٧٩).

خصائص الأمن النفسى:

تناولت البحوث والدراسات السابقة الأمن النفسى من جوانب متعددة وأظهرت نتائج عينة من تلك البحوث والدراسات أهم خصائص الأمن النفسى على النحو التالى:

* يتحدد الأمن النفسى بعملية التنشئة الاجتماعية وأساليبها من تسامح وعقاب، وتسلط وديموقراطية، وتقبل ورفض، وحب وكراهية، ويرتبط بالتفاعل الاجتماعى، والخبرات والمواقف الاجتماعية فى بيئة آمنة غير مهددة (فاروق عبد السلام، ١٩٧٩).

* يؤثر الأمن النفسى تأثيراً حسناً على التحصيل الدراسى للطلبة، وفى الإنجاز بصفة عامة (لوجان جرين Green، ١٩٨١).

* المتعلمون والمثقفون أكثر أمناً من الجهلة والأميين (جوشى Joshi، ١٩٨٥).

* شعور الوالدين بالأمن النفسى فى شيخوختهم يرتبط بوجود الأولاد وبقيمتهم (سيجديم كوجيتسيباسى Kogitcibasi،١٩٨٢).

* الذين يعملون بالسياسة يشعرون بالأمن أكثر من الذين لا يعملون بها (ألان جاف Jaffe، ١٩٨١).

* الآمنون نفسياً أعلى فى الابتكار من غير الآمنين (راستوجى وناثاوات Rastogi & Nathawat، ١٩٨١).

* نقص الأمن النفسى يرتبط ارتباطاً موجباً بالدوجماطيقية (أى التشبث بالرأى والجمود العقائدى دون مناقشة أو تفكير) (بيستونجى وسينج Pestonjee & Sing، ١٩٧٩).

* نقص الأمن النفسى يرتبط بالتوتر، وبالتالى بالتعرض لأمراض القلب (جيرى سولز وآخرون Suls et al.، ١٩٨١).

مهددات الأمن النفسى:

أشارت البحوث والدراسات السابقة إلى أهم مهددات الأمن النفسى على النحو التالى:

* الخطر أو التهديد بالخطر، مما يثير الخوف والقلق لدى الفرد، ويجعله أكثر حاجة إلى الشعور بالأمن من جانبه، ومن جانب المسئولين عن درء هذا الخطر، خاصة السلطات، وكلما زاد الخطر والتهديد، كلما استوجب زيادة تماسك الجماعة لمواجهته (ليونارد بيركوفيتز Berkwitz، ١٩٧٥).

* الأمراض الخطيرة مثل السرطان، وأمراض القلب يصاحبها فى كثير من الأحيان توتر وقلق مرتفع واكتئاب وشعور عام بعدم الأمن (باتيل وآخرون .Patel et al، ١٩٨٠).

* الإعاقة الجسمية، حيث نقص الأمن والعصابية تكون أوضح عند المعوقين جسمياً منها عند العاديين (ساركار وجانجولى Sarkar & Ganguli، ١٩٨٢).

أساليب تحقيق الأمن النفسى:

لتحقيق الأمن النفسى، يلجأ الفرد إلى ما يسمى «عمليات الأمن النفسى»، وهى أنشطة يستخدمها الجهاز النفسى لخفض أو التخلص من التوتر وتحقيق تقدير الذات والشعور بالأمان. ويجد الفرد أمنه النفسى فى انضمامه إلى جماعة تشعره بهذا الأمن.

والأسرة السعيدة، والمناخ الأسرى المناسب لنمو أفرادها نمواً سليماً وإشباع حاجاتهم وخاصة الحاجة إلى الأمن يؤدى إلى تحقيق الأمن النفسى، وأسرة العمل والانتماء إلى نقابة يزيد الشعور بالأمن النفسى، ويقابل هذا الانتماء إلى الوطن (جون بيتس وآخرون .Bates et al، ١٩٨٥).

وجماعات الرفاق تدعم الأمن النفسى لأفرادها. ويتضح ذلك فى جماعات العمل فى السلم والحرب والإنتاج، حيث يعتمد الأفراد بعضهم على بعض بشكل واضح، حتى يشعروا بدرجة أكبر من الأمن.

الأمن القومى:

يقال له أيضاً «الأمن العام» ويعتبر أهم وظائف الدولة العصرية.

مفهوم الأمن القومى:

الأمن القومى هو الأمن الشامل الذى ينعم به مجموع الأفراد والجماعات والأمة والدولة، والشعب والحكومة، فى الوطن، ويوفر للجميع الشعور العام بالطمأنينة وعدم الخوف نتيجة حماية وضمان كافة حقوق الإنسان، كما تنص عليها الدساتير أو القوانين أو المواثيق الوطنية أو الدولية أو المعاهدات أو الاتفاقيات الدولية (محمد نيازى حتاتة، ١٩٦٧).

ويتضمن الأمن القومى اطمئنان الجمهور على نفسه وحريته وممتلكاته من التهديد والاعتداء، وتأمين هدوئه وسكينته، وحمايته من الأخطار والكوارث العامة (محمد زكى سطوحى، ١٩٦٢).

والأمن القومى هو الإجراءات التى تتخذها الدولة لتنمية ودعم وحماية أنشطتها ومصالحها الرئيسة، السياسة والعسكرية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية، ودفع أى تهديد أو خطر داخلى

أو خارجى يعوق تلك الأنشطة فى الحاضر والمستقبل، مع مراعاة المتغيرات الدولية (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

والأمن القومى هو جوهر المصالح القومية والأهداف الحيوية للدولة فى علاقاتها الدولية التى لا تضحى بها بل وتحارب من أجلها.

والأمن القومى يخص دولة ما، أو مجموعة دول، مثل الأمن القومى العربى (للوطن العربى)، والأمن الأفريقى (لمجموعة الدول الأفريقية)، والأمن الأوروبى (لمجموعة الدول الأوروبية).

ومن خصائص الأمن القومى أنه غير مطلق، فحتى الدول العظمى (مثل الولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد السوفيتى) لم تحقق لنفسها الأمن المطلق، وحتى الدول المحايدة (مثل سويسرا والنمسا) لم تحقق لنفسها الأمن المطلق.

والأمن القومى نسبى وذلك بسبب نسبية تحديد المصالح القومية، ومصادر تهديد الأمن القومى، وإدراك عوامل الأمن القومى. والأمن القومى دينامى، أى أنه متغير دائماً وغير ثابت، يتأثر بمتغيرات عديدة دائمة التغير داخلياً وخارجياً، وإقليميا وعالمياً.

أهداف الأمن القومى:

ترتبط أهداف الأمن القومى بأهداف المجتمع (حسن فتح الباب، ١٩٧٦).

ويهدف الأمن القومى إلى وقاية المجتمع عند الجريمة ومظاهر الانحراف، وحمايته من عوامل التخريب، وصد التيارات التى تسعى إلى الإخلال بالنظام العام.

وخير سبيل إلى تحقيق أهداف الأمن القومى هو الأخذ بمبدأ "الوقاية"، أى منع مهددات الأمن قبل حدوثها (الصادق حلاوة، د. ت.).

مقومات الأمن القومى:

يقوم الأمن القومى على مقومات مترابطة متفاعلة هى:

* جغرافياً: ويتمثل فى الموقع الجغرافى والاستراتيجى فى المنطقة والحدود الجغرافية والسياسية كدائرة الأمن المباشر للدولة، والموارد الاقتصادية، والتركيب السكانى من حيث السلالة والدين و اللغة.

* تاريخياً: ويتمثل فى تاريخ الدولة فيما يتعلق بالحرب والسلام والأحداث التاريخية، ومدى اعتمادها على القوة، ومدى الصداقة أو العداء مع جيرانها.

※ اجتماعياً: ويتمثل فى التكوين الاجتماعى، ومدى تجانسه وتكامله وتركيبه طائفياً ودينياً وعرقياً.

※ اقتصادياً: ويتمثل فى النظام الاقتصادى، ومدى كفاءته واستقراره وإشباعه للحاجات وتحقيقه للطموحات، ومدى توازنه على مستوى التبادل والتعاون الخارجى.

※ سياسياً: ويتمثل فى النظام السياسى ومدى كفاءته واستقراره داخلياً، ومدى نجاحه فى محيط العلاقات الدولية الخارجية.

※ دبلوماسياً: ويتمثل فى النشاط الدبلوماسى، ومدى قدرته على تهيئة المجال الخارجى وإقناعه لتقبل قرارات الدولة وأعمالها، ونقل صورة ما يجرى فى الخارج لوضع متخذى القرار بالداخل فى الصورة الصحيحة للبيئة الخارجية.

※ عسكرياً: ويتمثل فى القوة العسكرية اللازمة لحماية الدولة ضد أى تهديد مسلح، وتأمين سلامة أراضيها من أى اعتداء.

※ علمياً: ويتمثل فى مدى التقدم العلمى والتقنى، والاتصال الحضارى، ووسائل الإنتاج المتقدمة، والأسلحة المتطورة.

※ أيديولوجياً: ويتمثل فى مدى الرضا عن الأيديولوجية السائدة فى الدولة.

※ معنوياً: ويتمثل فى الإرادة الوطنية، والالتفاف حول القضايا الوطنية لتحقيق الأهداف.

(أحمد شوقى الحفنى، ١٩٨٨، أمير اسكندر، ١٩٨٨، محمد الديب، ١٩٨٨).

مجالات الأمن القومى:

للأمن القومى مجالان رئيسان متكاملان يتبادلان التأثير، ويعتبران وجهين لعملة واحدة هما:

※ **الأمن الداخلى:** وهو يرادف الأمن العام، وتوجه جهوده أساساً ضد التهديد الداخلى للأمن، ويتضح الأمن الداخلى من ممارسة السلطات داخل الدولة، وما تحظى به كل سلطة من هيبة واحترام داخل الدولة، ومدى الانضباط الاجتماعى داخل المجتمع بما يحقق الطمأنينة والاستقرار. ومن أهم جوانب الأمن الداخلى:

- الأمن ضد الجريمة: وهو الأمن التقليدى، وهو أول وأشيع جوانب الأمن العام. وهو تأمين المواطنين ضد الجريمة التى تضر بالنفس أو المال أو الدولة أو إحدى سلطاتها أو الخير العام أو المصلحة العامة.

- الأمن الاقتصادى: وهو الطمأنينة النابعة من تأمين مصادر الثروة العامة والإنتاج والتموين والتجارة الداخلية. ويتسع مجال الأمن الاقتصادى ليشمل النقل والمواصلات والمرور والطاقة والسياحة والآثار والمسطحات المائية ومكافحة جرائم الأموال العامة والتهرب من الضرائب والرسوم.
- الأمن الاجتماعى: وهو حماية أفراد المجتمع من احتمالات الأخطار الاجتماعية فى حاضرهم ومستقبلهم، وصيانة النفس والمال. ويتضمن الأمن الاجتماعى أيضاً فاعلية الإدارة، ويعبر عنها استمرارية المرافق العامة بكفاءة وعدم توقف، بما يحقق التنمية والتماسك الاجتماعى. ويتسع مجال الأمن الاجتماعى ليشمل الأحوال المدنية والأحداث، والسجون، والرعاية اللاحقة، ومكافحة المخدرات، ومكافحة جرائم الآداب العامة. وهكذا يرتبط الأمن العام بالظاهرات الاجتماعية والأهداف والبرامج الاجتماعية والتغيرات الاجتماعية فى المجتمع (حسن فتح الباب، ١٩٧٦).
- الأمن القانونى: وهو الطمأنينة النابعة من الاحتماء بقانون عادل يتسم بثبات القواعد المنظمة للحقوق يحترمه الجميع. ويجد الفرد أمنه فى احتمائه بالقانون العادل، ويشعر بعدم الأمن إذا قام القانون على غير مقتضى العدل واتسم بعدم الاستقرار. وإذا كان الفرد يختل أمنه حينما يقع عليه أو يهدد بأن يقع عليه الضرر من جانب فرد مثله، فهو أشد جزعاً وأكثر تعرضاً لاختلال أمنه إذا كان مصدر الخطر عليه هو القانون إذا ظلم والسلطة إذا طغت (محمد نيازى حتاتة، ١٩٦٧).
- الأمن القضائى: وهو الطمأنينة النابعة من الاحتماء بقضاء عادل يطبق قانوناً عادلاً. والقضاء هوملاذ الأمن الأخير، إذا فقد الأمن فى الجوانب الأخرى.
- الأمن السياسى: وهو تأمين الحرية والديموقراطية فى ممارسة الحقوق السياسية والعامة.

* **الأمن الخارجى:** وتوجه جهوده ضد التهديد الخارجى والضغوط الخارجية، والصراع الدولى، وكل ما يهدد الأمن القومى سواء على المستوى الإقليمى أو على المستوى العالمى. وهو أمن ضد الخضوع لقوة أو سلطة أجنبية، أى أمن الدولة بالنسبة لحقوقها ومصالحها الجوهرية فى علاقاتها الدولية. ويتضح الأمن الخارجى فى ممارسة العلاقات الدولية الخارجية، فى تعاون واحترام متبادل، بما يحقق مصالح الدولة الحيوية، ويبعد عنها التهديدات الخارجية.

ويلاحظ أن أمن الدولة (أى تأمين النظام الداخلى للدولة) من أهم جوانب الأمن القومى، ويهدف إلى حماية النظام الدستورى للبلاد، ومنع أى نشاط من شأنه أن يفسد العلاقة والثقة بين الشعب والسلطة أو يهدد بإفسادها. وأمن الدولة يمثل حلقة وصل جيدة بين مجال الأمن

الداخلى والخارجى. ويلاحظ كذلك أن الأمن القومى يعتبر خلاصة أو محصلة التفاعل بين المجالين الداخلى والخارجى (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

مهددات الأمن القومى:

أى تهديد يوجه إلى القوة القومية ككل، أو إلى أحد عناصرها، هو تهديد للأمن القومى. وتتضمن مهددات الأمن القومى مهددات داخلية ومهددابت خارجية.

المهددات الداخلية: وهى مهددات الأمن العام. وتتصف بعمومية أثرها وشموله وخطره الذى يشمل جميع المواطنين والذى قد يمتد إلى الخارج، ويؤثر فى العلاقات الدولية إقليمياً وعالمياً. ومن أهم المهددات الداخلية للأمن القومى:

- الجريمة: وكل فعل عدوانى يحرمه الشرع ويجرمه القانون مما يوقع المجرم تحت طائلة العقاب. ومن أشكال الجريمة: السرقة والنشل والنصب والتزوير والاختلاس والرشوة ولعب الميسر والاتجار فى السوق السوداء والتهريب والتخريب وابتزاز الأموال والشعوذة والقتل. ويضاف إلى ذلك الجرائم السياسية، وهى الجرائم الموجهة ضد نظام الدولة أو سير جهازها، وكذلك الجرائم الموجهة ضد حقوق المواطن السياسية (محمود فهمى، ١٩٦٤).
- الانحراف (الجناح): وهو من الأمراض النفسية الاجتماعية. ومن مظاهره الكذب والنصب والاحتيال والغش والخداع والهروب من المنزل والمدرسة والعمل، والتشرد والتسول والفساد الأخلاقى والإدمان والسلوك الجنسى المنحرف، وغير ذلك من ألوان السلوك المضاد للمجتمع (حامد زهران، ١٩٨٤، إبراهيم حرب، ١٩٨٥).
- الشغب: وإثارة المتاعب والتمرد والعنف، ويظهر فى مناطق الصراع الطبقى أو مع إدارات المصانع وغيرها. وقد يصاحب الشغب بعض مظاهر الانحراف والسلوك المضاد للمجتمع مثل التخريب (جورج دوديتشا وآخرون، ١٩٦٦).
- الإضراب: ويكون فى معظمه كاحتجاج، كما يحدث فى الإضراب عن العمل فى المناطق الصناعية، وعن الدراسة فى المعاهد العلمية. وقد يصاحب الإضراب الاعتصام والمظاهرات والهياج العام، مما قد يؤثر على الإنتاج والسلم الاجتماعى والصحة النفسية للمواطنين (نيجيل نيكولسون وجون كيلى Nicholson & Kelly، ١٩٨٠، شارلز ستونر وراج أرورا Stoner & Arora ١٩٨٧).
- الفتن المسلحة: حيث تقوم أقلية متطرفة عقائدياً أو أيديولوجياً أو سياسياً بإثارة الفتن فى المجتمع أو بمحاولة قلب النظام (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

- الكوارث العامة: والأخطار مثل الزلزال والفيضان المدمر والسيول وانهيار القناطر والحريق والأوبئة.

المهددات الخارجية: وهى مهددات من الخارج تعطل ممارسة السلطات فى الداخل، وتهدد كيان الدولة السياسى أو الاقتصادى أو الاجتماعى، أو تخل بقيمها الجوهرية. ومن أهم المهددات الخارجية للأمن القومى:

- الغزو العسكرى: الذى يهدد الأرض والثروة والمصالح القومية.
- الحرب النفسية: وهى حرب تغيير السلوك وإضعاف الإرادة القومية، حرب بلا مدافع، حرب أفكار، حرب أعصاب، حرب سياسية، حرب دعاية وشائعات وغسيل مخ (حامد زهران، ١٩٨٤).
- الجاسوسية: وهى من أشد المهددات الخارجية للأمن القومى حيث يقوم بها عملاء يعملون لصالح دول أجنبية.
- التبعية الاقتصادية: النابعة من نقص الموارد، وانخفاض الإنتاج، والتخلف التكنولوجى، وتخلف نظم الإدارة.
- التبعية السياسية: مما يجعل الدولة تدور فى فلك سياسى أو آخر، ويهدد قرارها السياسى أو يحدده أو يوجهه (حامد ربيع، ١٩٨٤).

أساليب تحقيق الأمن القومى:

تهدف أساليب تحقيق الأمن القومى إلى حماية الأمن الداخلى ضد مهدداته، وحماية كيان الدولة، ومواجهة المخاطر التى يتعرض لها الأمن الخارجى.

أساليب تحقيق الأمن الداخلى، وأهمها مايلى:

- عمل هيئة الشرطة، وهى جهة التنفيذ المباشر لمقتضيات الأمن العام، ويوسع البعض مجال عمل هيئة الشرطة، كجهاز أمن مدنى فى المجال الوقائى والمجال القضائى والمجال الاجتماعى والمجال العلاجى، مؤكداً على نظرية الدفاع الاجتماعى (أحمد مسلم، ١٩٦٢، إبراهيم حرب، ١٩٨٥).
- تعاون هيئات كثيرة مثل القضاء، ودور العلم، ودور العبادة، ووسائل الإعلام، وقوى الإنتاج، والرأى العام (حامد ربيع، ١٩٨٤).
- الديموقراطية، وتطبيقها السليم والفعال، بحيث يواكب النظام السياسى التطور الاجتماعى والاقتصادى والثقافى (عدنان اسكندر، ١٩٧٨).

أساليب تحقيق الأمن الخارجى، وأهمها مايلى:

- عمل القوات المسلحة، وهى تلعب الدور الأكبر فى تحقيق الأمن الخارجى، باعتبارها الدرع الواقى ضد ما يهدده من أخطار وأهمها الغزو العسكرى.
- القوة القومية الشاملة للدولة: وأهمها القوة الاقتصادية، والقوة السياسية، والقوة الدبلوماسية، والقوة الاجتماعية، والقوة الحضارية، والقوة التكنولوجية، وقوة الإرادة (نبيل إبراهيم، ١٩٨٨).

الأمن القومى العربى:

لا شك أن الأمن القومى العربى هو الدعامة الأساسية للاستقلال السياسى والاقتصادى والفكرى. ومن أهم عناصر القوة العربية، تحقيق الأمن القومى العربى.

مفهوم الأمن القومى العربى:

الأمن القومى العربى، هوالأمن القومى الإقليمى للوطن العربى، كهدف استراتيجى لحماية كيانه وحقه، وحق الأمة العربية فى البقاء والعيش فى إطار من الأمن، حيث تتعاون الدول العربية على الاحتفاظ بأمن كل منها، وعلى أمنها جميعاً تحقيقاً للهدف المشترك بينها (محمد رضا فودة، ١٩٨٨).

وهكذا، فإن مفهوم الأمن القومى (القطرى) وهو أمن دولة بعينها ضرورى، إلا أن الاهتمام به وحده بعيداً عن الأمن القومى العربى، يعتبر قاصراً عن تحقيق أهدافه، وتهديداً للأمن القومى العربى. والأمن القومى العربى يعبر عن وجود وكيان القومية العربية (حامد ربيع، ١٩٨٤، أحمد شوقى الحفنى، ١٩٨٨).

مقومات الأمن القومى العربى:

بالإضافة إلى ما ذكر عن مقومات الأمن القومى، فإن لبعضها ملامح خاصة بالوطن العربى. وفيما يلى بعض الإضافات عن مقومات الأمن القومى العربى:

* جغرافياً: وتتمثل فى الوحدة الجغرافية للوطن العربى الكبير من المحيط إلى الخليج، والحدود الوهمية المصطنعة بين دوله، والهجرة السكانية بين الدول العربية، وخصائص السكان الديموجرافية والجنسية والدينية واللغوية والحضارية.
* سياسياً: وتتمثل فى التكامل السياسى العربى وتجنب الصراع والخلافات والحساسيات، وحل المشكلات والخلافات بين الأقطار العربية سلمياً.
* اقتصادياً: وتتمثل فى ثروات الأمة العربية وخيراتها خاصة البترول، وتحقيق الاستقلال

الاقتصادى، والاهتمام بالتصنيع والتنمية الاقتصادية الشاملة، والتكامل الاقتصادى بين الدول العربية (حسن طوالبة، ١٩٨٤).

* ثقافياً وفكرياً: وتتمثل فى نمو الفكر القومى العربى المشترك فى إطار الثقافة والحضارة العربية الإسلامية، وتعاظم دور وسائل الإعلام، ودور العلم، وحل مشكلات الأمة العربية، والتصدى للتسلل الفكرى واختراق العقل العربى واختراق الشخصية العربية، والغزو الثقافى الخارجى (سعيد إسماعيل، ١٩٨٧).

مهددات الأمن القومى العربى:

يتعرض الأمن القومى العربى لعدد من المتغيرات التى تهدده، وهى:

مهددات الأمن العربى داخلياً، وأهمها:

- التهديدات السياسية، المتمثلة فى الاضطراب السياسى، والاستقطاب الدولى، وظهور الاتجاه الإسلامى والاتجاه الاشتراكى والاتجاه الماركسى، وظهور الخلافات والحساسيات والانقسامات الداخلية بين العرب، وضعف فاعلية جامعة الدول العربية، وتزعزع الاستقرار الداخلى فى العديد منها. يضاف إلى ذلك عزل أو انعزال دولة أو أكثر عن محيطها العربى (أمير اسكندر، ١٩٨٨).

- التهديدات الاقتصادية، المتمثلة فى عدم استغلال ثرائه الاقتصادى، والمعاناة من مشكلة نقص المواد الغذائية.

- التهديدات الاجتماعية، المتمثلة فى تفشى الأمية، والمشكلات الطائفية (كما فى لبنان)، والعرقية (كما فى السودان).

- التهديدات العسكرية، المتمثلة فى العقيدة العسكرية بين الدول العربية ما بين الشرقية والغربية، والاعتماد فى التسليح على الدول الكبرى، وعدم تنفيذ اتفاقية الدفاع العربى المشترك، وعمل الولايات المتحدة على أن تتفوق إسرائيل عسكرياً على الدول العربية مجتمعة (محمد رضا فودة، ١٩٨٨).

- الإرهاب المحلى والدولى، أو الإجرام والعنف الدولى، الذى يعبر عنه التعصب المذهبى والعقائدى داخل الدائرة القومية وخارجها فى الإطار العالمى، ومن أمثلة ذلك خطف الطائرات أو قتل الزعماء (حامد ربيع، ١٩٨٤).

مهددات الأمن العربى خارجياً، وأهمها:

- الصراع الدولى، خاصة بين القوتين العظميين بسبب موقع الوطن العربى الاستراتيجى الهام فى السلم والحرب، لما به من جسور مرور لطرق التجارة العالمية عن طريق قناة السويس والمضايق البحرية وخطوط الأنابيب، ولما يملكه الوطن العربى من ثروات خاصة البترول، إذ ينتج ثلث بترول العالم، كما أنه سوق ضخمة للسلع المصنوعة والأسلحة، واستقطاب كل قوة لبعض الدول العربية، ومحاولة إيجاد مواطىء أقدام لها فيها، ومحاولة السيطرة والنفوذ، معتمدة فى ذلك على التخلف السياسى والاقتصادى والاجتماعى ومشكلات الحدود. فمثلاً تتبع الولايات المتحدة الأمريكية استراتيجية تتلخص فى الالتفاف حول الكتلة الشرقية بأحلاف عسكرية، ولكى تستأثر بكنوز المنطقة الاقتصادية. ويبدى الاتحاد السوفيتى اهتماماً كبيراً بقناة السويس كممر مائى يقصر المسافة بينه وبين البحر الأحمر وجنوب شرق آسيا (محمود خليل، ١٩٨٥، ١٩٨٨).
- دور إسرائيل كتهديد أمنى مباشر، حيث تتبنى استراتيجية الردع وتعتمد فى سياستها على ثلاثة محاور لضمان أمنها وتهديدها لأمن الدول العربية، يتمثل فى بناء قوة بحرية ضاربة، وبث الفرقة بين العرب، والاعتماد الكامل على الولايات المتحدة الأمريكية. ولم تكتف إسرائيل بالتفوق على العرب في مجال الأسلحة التقليدية، بل أنشأت قاعدة نووية لصناعة القنبلة النووية، وتضرب فى نفس الوقت أى نشاط نووى عربى لإجهاض الجهود العربية بشأن إعداد الرادع النووى العربى (عبدالمنعم عامر، ١٩٨٨).
- مطامع إيران فى أن تهيمن على الخليج العربى، وأن تحقق أطماعها من خلال الحرب ضد العراق وتهديد الأمن القومى الكويتى، وتهديد الملاحة فى منطقة الخليج (محمد رضا فودة، ١٩٨٨).

وهناك أمثلة تطبيقية كثيرة لا يتسع المجال إلا للإشارة إلى المراجع التى تتناولها، فمثلاً تناولت المراجع موضوعات مثل: «البحر المتوسط فى لعبة التوازن الدولى» و «البحر الأحمر والأمن العربى»، «الصراع الإقليمى وعلاقته بالصراع العالمى»، «المخاطر التى تهدد أمن الخليج العربى» (أمين هويدى، ١٩٨٠، ١٩٨٢).

أساليب تحقيق الأمن القومى العربى:

يتطلب تحقيق الأمن القومى العربى: تحديد مهددات الأمن القومى العربى، والاتفاق على أهداف الأمن القومى العربى، ووضع استراتيجية عربية لتحقيق الأهداف، ترتكز على الاعتماد على الذات والتضامن العربى سياسياً واقتصادياً وعسكرياً (محمد رضا فودة، ١٩٨٨).

وهناك أساليب متعددة لتحقيق الأمن القومى العربى، وفى الأغلب والأعم يتم المزج بين أكثر من واحدة منها حسب مقتضيات الأمور. وفيما يلى أهم هذه الأساليب:

* استقلال وأمن كل دولة من الدول العربية، ويتطلب ذلك قيام علاقات بينها على أساس الاعتراف المطلق بحق السيادة والاستقلال لكل منها، وتأمينها ضد احتمالات الغزو والاعتداء من جانب الدول الأخرى (محمد نيازى حتاتة، ١٩٦٧).

* القوة الذاتية لكل دولة، والقوة الجماعية لدول الوطن العربى مجتمعة، مع تعزيز القوة العسكرية بالتصنيع الحربى العربى (نبيل إبراهيم، ١٩٨٨).

* التعاون والتعايش السلمى وعدم الاعتداء بين الدول العربية، فى إطار من العلاقات الدولية الحسنة وعلاقات حسن الجوار، والتفاوض فى حالة وجود صراعات أو خلافات (جورج بانزيجر Banziger، ١٩٨٤).

* الأمن الجماعى، وتنمية وتعزيز جهود المنظمات الدولية مثل: جامعة الدول العربية، ومنظمة الوحدة الأفريقية.

* الوحدة العربية أمل المستقبل، حيث يجب أن تواجه الأمة العربية مستقبلها، مع الإلمام بوقائع حاضرها، ولتعرف أن مصيرها وأملها هو الوحدة العربية صانعة المستقبل العربى (مطاوع صفدى، ١٩٧٩).

الأمن العالمى:

الأمن العالمى دون شك هو الإطار الشامل لكل مستويات الأمن، أى الأمن النفسى والأمن القومى والأمن الإقليمى.

والأمن العالمى هو أمن العالم كله، أى أنه يتسع ليشمل الأمن القومى والأمن النفسى. ويرافق مصطلح «الأمن العالمى» مصطلح «السلام العالمى» لأن السلام العالمى هو جوهر الأمن العالمى. ويلاحظ أن الأمن أوسع مدلولاً من السلام، فالسلام إطار للأمن وشرط عام لتحقيقه، ولكنه ليس كل الأمن (أحمد مسلم، ١٩٦٢).

ولقد أصبح الأمن والسلام العالمى من أعز أهداف الإنسان، ولكنه فى بعض الأحيان يبدو بعيد المنال ،خاصة فى نظر المتخوفين من المستقبل.

ومنذ الحرب العالمية الثانية شهد العالم فترات قلق، بسبب احتمال نشوب حرب نووية لا تبقى ولا تذر (راشد البراوى، ١٩٤٩).

وهناك معوقات تجعل وقف سباق التسلح النووى صعباً. ويؤدى سباق التسلح النووى إلى تهديد نفسى عالمى خطير، يتمثل فى الرعب النووى من قيام حرب، أو من وقوع كارثة نووية عن طريق الخطأ. والعالم الذى شهد آلاف الحروب الكبيرة والصغيرة أصبحت حاجته ماسة إلى الأمن العالمى والسلام العالمى. وعلى كل حال، فإن صالح البشرية يتطلب تقليل الحروب، وهذا ممكن، لأن الحرب سلوك اجتماعى معقد متعلم، ولأنها لم تعد صالحة لحل للصراعات بين الأمم (جيروم فرانك Frank، ١٩٨٣).

وفى سنة ١٩٨٨ تتحسن الآمال، ويجتمع زعيما القوتين العظميين ليوقعا معاهدة إزالة الصواريخ النووية متوسطة المدى من أوروبا، وهذه خطوة على طريق الأمن والسلام العالمى.

وهناك الكثير من المؤلفات والبحوث والدراسات، تؤكد أهمية الأمن العالمى بالنسبة لصالح البشرية وبقائها واستمرارها (كينيث تويتشيت، Twitchett ١٩٧١).

وهناك اهتمام علمى عالمى بالأمن العالمى والسلام العالمى، وعلى سبيل المثال لا الحصر، أقيم مؤتمر فى سان فرانسيسكو، كاليفورنيا، بالولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٨٣، عرض فيه عدد من البحوث كلها تحت عنوان «الطريق إلى السلام فى الثمانينات نظرياً وعمليا» ونشرت هذه البحوث فى مجلة علم النفس السياسى Political Psychology سنة ١٩٨٤. وقد ركز كل بحث على جانب من جوانب الموضوع الرئيس للمؤتمر. ومن نماذج ما قدم فى هذا المؤتمر ما يلى:

* مشاركة الأفراد فى حركة السلام فى جميع الشعوب والأجناس (ديان توماس Thomas، ١٩٨٤).

* أهمية الرأى العام فى تحديد السياسة العامة الخاصة بالأمن القومى والأمن العالمى (بروستر سميث Smith، ١٩٨٤).

* زيادة الاهتمام بالرأى العام والتحذير من خطر سباق التسلح، والدعوة إلى السلام العالمى، وذلك عن طريق مزيد من الجهود التربوية (دافيد مكفادين McFadden، ١٩٨٤).

* النظر إلى الوضع السياسى العالمى الحالى ككل متكامل مترابط، حتى يمكن تحقيق أمن وسلام حقيقيين ودائمين (ويليس هارمان Harman، ١٩٨٤).

* ضرورة العمل فى إطار استراتيجية طويلة المدى من أجل السلام على أساس تحقيق العدالة الاجتماعية، وفى ظل الديموقراطية (جيمس بيرنز Burns، ١٩٨٤).

التكامل بين الأمن النفسى والقومى والعربى والعالمى:

يمتد الأمن وتتسع دوائره، وتتصاعد مستوياته، وتتكامل حلقاته، من الأمن النفسى مروراً بالأمن القومى وحتى الأمن العالمى. وكل هذه تشبع الحاجة إلى الأمن على مستوى الفرد، والدولة، والإقليم، والعالم.

ولا شك أن تحقيق الأمن النفسى شرط لتحقيق الأمن العالمى. ويؤثر كل مستوى من مستويات الأمن فى المستويات الأخرى ويتأثر بها. ويتضح التكامل بين الأمن النفسى والقومى والعربى والعالمى من خلال الخلاصات الآتية:

* الأمن النفسى جزئية هامة وركن ضرورى من أركان الأمن العام والأمن القومى (أحمد مسلم، ١٩٦٢).

* الأمن النفسى، باعتباره أمن المواطن فى وطنه، إنما يعتمد على أمن الوطن ذاته، وأمن الأفراد فى داخل الدولة وثيق الصلة بأمن الدولة، ويختلط أمن الأفراد بالأمن القومى اختلاطاً لا يقبل الانفصام (محمد نيازى حتاتة، ١٩٦٧).

* كفاية الشعور بالأمن النفسى لدى الفرد لها أثرها على كيان الدولة وأمنها. وفى نفس الوقت يتأثر الأمن النفسى بالأمن القومى، فاضطراب الأمن القومى يؤثر على الأمن النفسى. ولا شك أن حدوث شغب يهدد الأمن القومى، أمر يزعج المواطن ويصيب حياته الخاصة بالاضطراب، على الرغم من أن الشغب لا يكون موجهاً ضده شخصياً (محمد عبدالكريم نافع، ١٩٨٧).

* الأمن النفسى (الشخصى) والأمن القومى (أمن المجتمع) مترابطان ومتكاملان، ولابد أن يقام بينهما توازن وعلاقة تبادلية (أمانة المنظمة العربية للدفاع الاجتماعى، ١٩٨١).

* هناك علاقة قوية بين الأمن النفسى، والحاجة إلى المودة، وبين الأمن القومى الذى يهدده الرعب والحرب النووية (جين بيرس Pearce، ١٩٨٣).

* يرتبط الأمن النفسى الشخصى بالأمن العالمى (جون ماك Mack، ١٩٨٤).

* توجد علاقة وصل بين مفهوم الأمن القومى لكل واحدة من الدول العربية وبين الأمن القومى العربى (حامد ربيع، ١٩٨٤).

* يرتبط الأمن القومى العربى بالنظام الدولى والمتغيرات العالمية وبالتالى بالأمن العالمى.

متصل الأمن:

وهكذا يمكن التوصل إلى خلاصة تتضح فى متصل الأمن، الذى يبين مستوياته المتكاملة، المتصاعدة، موحدة النوع، متمايزة المستوى، من الأمن النفسى إلى الأمن القومى، إلى الأمن القومى العربى، إلى الأمن العالمى، والفرق بينها إنما هو فرق فى المستوى وليس فى النوع، فكلها مستويات أمن.

توصيات:

فيما يلى بعض التوصيات:

* الاهتمام بتحقيق الأمن النفسى الشخصى للأفراد ومواجهة مهدداته، لأنه دعامة أساسية للأمن القومى، وللأمن القومى العربى، وحتى للأمن العالمى.

* توجيه البرامج التربوية والندوات والحلقات الدراسية، من أجل تحقيق الأمن النفسى والأمن القومى والأمن العربى، والتوجيه القومى والدينى للتربية والكتب الدراسية والمطبوعات المختلفة، واعتماد منهج فى التربية الوطنية والقومية للأجيال الجديدة، ليصبح ولاؤها للوطن ومستقبل الأمة العربية.

* متابعة التطورات الحديثة فى إجراءات الأمن، وأدواته مثل تطوير أدوات الإنتاج وتصنيع السلاح محلياً.

* تحمل جميع القوى القومية العربية مسئولية تحقيق الأمن القومى، وعدم إلقاء كل مسئولية المحافظة عليها على عاتق جهاز الأمن أو هيئة الشرطة أو القوات المسلحة، وإسهام الأفراد فى تحقيق الأمن بمعاونة أجهزة وقوى الأمن والتزود بالتدابير الوقائية لمنع كل ما يخل بالأمن القومى.

* تكامل الجهود الأمنية القومية، وتدعيم الأمن القومى العربى الجماعى فى الوطن العربى بحكم تشابه المصالح الأمنية بين الدول العربية، وبحكم انتماء كافة الأجهزة الأمنية العربية انتماء حضارياً واحداً يقارب بينها، وبحكم أن مفاتيح الأمن لكل دولة عربية يقع خارج حدودها السياسية، وبحكم أن الأمن العربى لا يتجزأ، وأن أمن كل بلد عربى هو ركيزة لتدعيم الأمن القومى العربى، وبحكم أن الأمن القومى العربى مسئولية جماعية تضامنية ويرتبط بالوجود والمصير العربى.

* تدعيم الأمن القومى العربى،فى ظل جامعة الدول العربية، وفى ضوء مقوماته جغرافياً وتاريخياً واقتصادياً واجتماعياً،وفى إطار الوحدة العربية، والاتفاق على نظرية أمنية عربية لمواجهة التهديدات الداخلية والخارجية، وتسوية الخلافات السياسية العربية، والاتفاق على أساليب المواجهة للأخطاء والأخطار التى تهدد الأمن القومى العربى، مثل النزاع العربى، والصراع الدولى، وحرب الخليج وغيرها.

* تحقيق الأمن القومى العربى من خلال الوعى الرشيد بطبيعة المتغيرات فى النظام العالمى والتفاعل معها وفق مصالح عربية محددة الأهداف، والتأكيد على سياسة عدم الانحياز، والبعد عن الأحلاف للابتعاد عن مخاطر الصراع الدولى، والعمل على إحلال السلام العالمى محل الاضطرابات الإقليمية.

ونأمل أن توضع هذه التوصيات موضع التنفيذ.

المراجـــع

المراجع العربية:

- **إبراهيم حرب** (١٩٨٥). مسئولية رجال الأمن فى معالجة الانحراف والتشرد والجريمة. الحلقة العلمية السادسة، وموضوعها "مشكلة الشباب فى المجتمع العربى المعاصر". المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- **أحمد شوقى الحفنى** (١٩٨٨). الأمن القومى: دراسة نظرية فى الأصول والمفاهيم. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص٣٢-٤١.
- **أحمد شوقى الحفنى** (١٩٨٨). الدور المصرى فى الأمن العربى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص١١٦-١٢٤.
- **أحمد مسلم** (١٩٦٢). نحو علم للأمن العام. مجلة الأمن العام، عدد ١٦، ص١٠١-١٠٤.
- **الصادق حلاوة** (د.ت.). الأمن العام: فلسفته وخطته. القاهرة: دار الفكر العربى.
- **أمانة المنظمة العربية للدفاع الاجتماعى** (١٩٨١). المشاكل الأمنية المعاصرة: أنواعها، وأسبابها، والآثار المترتبة عليها. المجلة العربية للدفاع الاجتماعى، عدد١٢، ص١٥-٧٥.
- **أمير اسكندر** (١٩٨٨). مصر والأمن القومى العربى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص٦-١٢.
- **أمين هويدى** (١٩٨٠). أحاديث فى الأمن العربى. بيروت: دار الوحدة.
- **أمين هويدى** (١٩٨٢). الأمن العربى المستباح. القاهرة: دار الموقف العربى.
- **جورج دوديتشا وآخرون (ترجمة) حسن طلعت عبدالوهاب** (١٩٦٦). علم النفس فى خدمة الأمن. القاهرة: الدار القومية للطباعة والنشر.
- **حامد ربيع** (١٩٨٤). نظرية الأمن القومى العربى والتطور المعاصر للتعامل الدولى فى منطقة الشرق الأوسط. القاهرة: دار الموقف العربى.
- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٧٨). الصحة النفسية والعلاج النفسى (الطبعة الثانية). القاهرة: عالم الكتب.
- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى (الطبعة الثانية). القاهرة: عالم الكتب.
- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعى (الطبعة الخامسة). القاهرة: عالم الكتب.
- **حسن طوالبة** (١٩٨٤). الوفاق الدولى والأمن القومى العربى (الطبعة الثانية). القاهرة: دار الموقف العربى.
- **حسن فتح الباب** (١٩٧٦). تقويم بعض مفاهيم الأمن العام. مجلة الأمن العام، عدد٧٣، ص٥٨-٦٠.
- **راشد البراوى** (١٩٤٩). الطريق إلى السلام: بحث فى تنظيم العلاقات الدولية. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- **سعيد إسماعيل على** (١٩٨٧). دور التعليم الأجنبى فى اختراق الشخصية العربية. المؤتمر الفكرى الرابع للتربويين العرب. بغداد: يونيو ١٩٨٧.
- **عبدالعزيز القوصى** (١٩٦٩). أسس الصحة النفسية (الطبعة التاسعة). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- **عبدالمنعم محمد عامر** (١٩٨٨). التسليح النووى الإسرائيلى والأمن العربى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص١٠٢-١١٥.

- **عدنان إسكندر (١٩٧٩).** مستقبل الديموقراطية فى الوطن العربى: مجلة الفكر العربى عدد ١٠، ص١١٧-١٣٠.
- **فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٩).** القيم وعلاقتها بالأمن النفسى. مجلة كلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز، عدد ٤، ص١١٩-١٣٦
- **فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٩).** مقياس الطمأنينة النفسية. القاهرة: مكتبة الخانجى.
- **محمد الهادى عفيفى وسعد مرسى أحمد (١٩٧٣).** قراءات فى التربية المعاصرة. القاهرة: عالم الكتب.
- **محمد إبراهيم نبهان (١٩٦٥).** التعليم فى خدمة السلام. القاهرة: دار الكرنك.
- **محمد حافظ إسماعيل (١٩٨٧).** أمن مصر القومى فى عصر التحديات. القاهرة: مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- **محمد رضا فودة (١٩٨٨).** تحديات الأمن العربى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص٤٢-٥٣.
- **محمد زكى سطوحى (١٩٦٢).** مفهوم الأمن العام. مجلة الأمن العام، عدد ١٨، ص٨٣-٩٢.
- **محمد عبد الكريم نافع (١٩٨٧).** أمن الدولة العصرية (الطبعة الثانية). القاهرة: أكاديمية الشرطة.
- **محمد محمود الديب (١٩٨٨).** الأمن العربى من منظور جغرافى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص٥٤-٦٧.
- **محمد نيازى حتاتة (١٩٦٧).** معيار الأمن العام فى المجتمع الحديث. مجلة الأمن العام، عدد ٣٨، ص٣-١٠.
- **محمود فهمى (١٩٦٤).** علم النفس والجريمة. مجلة الأمن العام، عدد ٢٤، ص٧٥-٨٠.
- **محمود محمد خليل (١٩٨٥).** الأمن القومى العربى والمصرى بعد حرب أكتوبر. رسالة دكتوراه، أكاديمية ناصر العسكرية العليا.
- **محمود محمد خليل (١٩٨٨).** النظام الدولى والأمن القومى العربى. مجلة المنار، عدد ٣٩، ٤٠، ص٦٨-٧٧.
- **مطاوع صفدى (١٩٧٩).** وأين مستقبل العرب؟ مجلة الفكر العربى،عدد ١٠، ص٤ - ٩ .
- **نبيل إبراهيم أحمد (١٩٨٨).** الصناعة الحربية والأمن العربى. مجلة المنارة عدد ٣٩، ٤٠، ٩٠ - ١٠١.
- **هيربرت ريد (ترجمة) محمد الشيخ (١٩٦٤).** التربية من أجل السلام. القاهرة: مؤسسة سجل العرب.

المراجع الأجنبية:

- **Banziger, George (1984).** A problem solving workshop: The Middle East come to a social psychology class. Teaching of Psychology, 11, 36-38.
- **Bates, John E. et al. (1985).** Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior prblem ratings at age three years. Monographs of Society for Research in Child Development, 50, 167-193.
- **Berkowitz, Leonard (1975).** A Survey of Social Psychology. Hindsdale, Illinois: The Dryden Press.
- **Burns, James M. (1984).** Bridging for peace: Theory and action for the 1980's. Political Psychology, 5, 499-504.

- **Carson, Terry (1985).** Peace education and social studies in an age of insecurity. History & Social Science Teacher, 20, 8-10.

- **English, Horace B. & English, Ava C. (1958).** A Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms. London: Longmans.

- **Frank, Jerome D. (1983).** Nuclear arms and prenuclear leaders: Sociopsychological aspects of the nuclear arms race. Political Psychology, 4, 393-408.

- **Green, Logan L. (1981).** Safety need resolution and cognitive ability as interwoven antecedents to moral development. Social Behavior & Personality, 9, 139-145.

- **Harman, Willis (1984).** Bridging for peace: Theory and action for the 1980's. Political Pschology, 5, 481-489.

- **Jaffe, Alan M. (1981).** Comparison of state legislators with a central group on Maslow's "Security-Insecurity" Measure. Psychological Reports, 48, 41-42.

- **Joshi, D.D. (1985).** Role of security-insecurity feeling in academic achievement. Perspectives in Psychological Researches, 8, 63-64.

- **Kogitcibasi, Sigdem (1982).** Old-age security value of children: Cross-national socioeconomic evidence. Journal of Cross-Cultural Psychology, 13, 29-42.

- **Kelly, John & Nicholson, Nigel (1980).** The causation of strikes: A review of theoretical approaches and the potential contribution of social psychology. Human Relations, 33, 853-883.

- **Krishnan, Lila (1981).** Religious attitude, feeling of security and sex differences: A non-confirmation. Italian Journal of Psychology, 8, 209-218.

- **Londerville, Susan & Main, Mary (1981).** Security of attachment, compliance, and maternal training methods in the second year of life. Developmental Psychology, 17, 289-299.

- **Mack, John E. (1984).** Resistance to knowing in the nuclear age. Special Issue. Education and the threat of nuclear war. Harvard Educational Review, 54, 260-270.

- **McFadden, David (1984).** Bridging for peace: Theory and action for 1980's. Political Psychology, 5, 491-497.

- **Nicholson, Nigel & Kelly, John (1980).** The psychology of strikes. Journal of Occupational Behavior, 1, 275-284.

- **Patel, M. J. et al. (1980).** Psychological manifestation in cancer pstients: Preliminary study. Indian Journal of Clinical Psychology, 7, 147-150.

- **Pearce, Jane E. (1983).** Terror, apathy, and nuclear war. Americal Journal of Social Psychiatry, 3, 5-14.

- **Pestonjee, D.M. & Singh, Ashok K. (1979).** A study of dogmatism and security in two religious groups. Psychological Studies, 24, 1-4.

- **Rastogi, Manika & Nathawat, S.S. (1982).** Effect of creativity on mental health. Psychological Studies, 27, 74-76.

- **Sarkar, S.K. & Ganguli. S. (1982).** Relationship between neuroticism and security insecurity among orthopaedically handicapped. Psychological Studies, 27, 20-22.

- **Smith, M. Brewster (1984).** Bridging for peace: Theory and action for the 1980's. Political Psychology, 5, 465-470.

- **Stoner, Charles & Arora, Raj (1987).** An investigation of the relationship between selected variables and the psychological health of strike participants. Journal of Ocupational Psychology, 60, 61-71.

- **Suls, Jerry et al. (1981).** Coronary-prone behavior, social insecurity and stress among college-aged adults. Journal of Human Stress, 7, 27-34.

- **Thomas, Diane (1984).** Bridging for Peace: Theory and action for the 1980's. Political Psychology, 5, 471-479.

- **Twitchett, Kenneth J. (Ed.). (1971).** International Security: Reflections on Survival and Stability. London: Oxford University Press.

[٥] الموهوبون الفائقون: اكتشافهم ورعايتهم

مقدمة:

الحمد لله أننا نهتم بالموهبين الفائقين، فى إطار الاهتمام بتنمية الإمكانات البشرية، كضرورة للمنافسة والتحدى العلمى والتكنولوجى ونحن على أبواب القرن الحادى والعشرين.

ويعلم الجميع أن الموهوبين الفائقين (من الجنسين) يمثلون قمة القوى البشرية، وأنهم ثروة بشرية ينبغى العناية باكتشافها ورعايتها، فى مجالات العلوم والآداب والفنون، حتى يتم استثمار موهبتهم واستمرارها بصورة مثلى. ومن واجب جميع المؤسسات التروبوية والثقافية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية، تكثيف جهودها فى اكتشاف الموهوبين الفائقين ورعايتهم منذ الطفولة.

ومعروف أن الموهوبين الفائقين إذا لم تتوافر لهم الرعاية الكافية التى توجه مواهبهم وتفوقهم الوجهة الصحيحة لخير الفرد والمجتمع، فإن مواهبهم تخبو وتتبعثر وتهدر وتضيع، أو قد يحدث ما لا تحمد عقباه وتنحرف الموهبة بصاحبها، وتتحول من نعمة إلى نقمة عليه وعلى المجتمع.

وإذا كانت نسبة الموهوبين الفائقين فى المجتمع على وجه التقريب حوالى ٢٪ فإن فى مصر ذات الستين مليون نسمة حوالى ١ر٢٠٠ر٠٠٠ فرد فى عداد الموهوبين الفائقين من الجنسين.

تعريف الموهوبون الفائقون: The Gifted- Talented

يرادف البعض بين مصطلح «الموهبة» ومصطلح «التفوق» Gift & Talent، ولذلك فالمصطلح المستخدم فى هذه الورقة هو الموهوبون الفائقون.

والموهوبون الفائقون هم كل من يملكون قدرات خاصة فائقة، ويتميزون عن أقرانهم فى أدائهم، ويصلون إلى مستوى نبوغ رفيع ومستمر فى جانب من جوانب النشاط الإنسانى الذى تقدره الجماعة، فى مجال أكاديمى (كالرياضيات أو العلوم أو اللغات)، أو فى مجال غير أكاديمى مثل (الفنون والألعاب الرياضية والمجالات الحرفية والمهارات الميكانيكية والقيادة الاجتماعية)، ويتميزون بالتفوق العقلى والابتكار.

(*) ورشة عمل حول «اكتشاف الشباب ذوى المواهب العلمية ورعايتهم». مركز تطوير تدريس العلوم، جامعة عين شمس . القاهرة (يوليو ١٩٩٧).

وتستند المواهب إلى عوامل وراثية ، وتلعب الظروف البيئية دورا هاما فى تكوينها وتنميتها.

خرافات وحقائق عن الموهوبين الفائقين:

هناك بعض الخرافات والأفكار الخاطئة عن الموهوبين الفائقين، ويجب معرفة الحقائق المصححة لها، وهى على النحو التالي:

* يقول البعض إن الوالدين متوسطى الذكاء لا يمكن أن يكون لهما أولاد موهوبون فائقون.

والحقيقة أن هناك معامل ارتباط مرتفعا بين ذكاء الوالدين وذكاء الأولاد، ولكن الوالدين متوسطى الذكاء يمكن أن يكون لهما أولاد موهوبون فائقون.

* يقول البعض إن الموهوبين الفائقين يكونون ضعاف الجسم، غير متوافقين اجتماعيا، وأكثر عرضة للتقلبات الانفعالية.

والحقيقة أنه على الرغم من وجود فروق فردية، فإن الموهوبين الفائقين يتمتعون بصحة أفضل من المتوسط، وهم أكثر توافقا اجتماعيا وانفعاليا.

* يقول البعض إن الموهوب الفائق شخص خارق للعادة Super - Person .

والحقيقة أن الموهوب الفائق ليس شخصا خارقا للعادة ، ولكنه مجرد شخص موهوب أو فائق فى جانب من جوانب النشاط الإنسانى وليس فى كل شئ.

* يقول البعض إن الموهوبين الفائقين يضيقون ذرعا بالمدرسة والمدرسين.

والحقيقة أن الموهوبين الفائقين يحبون المدرسة ويكونون متوافقين مع مدرسيهم ورفاقهم.

* يقول البعض إن الموهوبين الفائقين يكونون مضطربين نفسيا، ويعبر عن ذلك القول الشائع: «الفنون جنون».

والحقيقة أن الموهوبين الفائقين يكونون متوافقين انفعاليا ويتمتعون بصحة نفسية جيدة.

* يقول البعض إنه لا يوجد ارتباط بين الموهبة والتفوق من ناحية وبين الخلفية الاجتماعية الاقتصادية التعليمية من ناحية أخرى.

والحقيقة أنه يوجد ارتباط موجب بين الخلفية الاجتماعية الاقتصادية التعليمية وبين الموهبة والتفوق . فالثابت أنه كلما ارتفع المستوى الاجتماعى الاقتصادى التعليمى للوالدين، كلما كان هناك إمكانات بيئية صالحة للموهبة والتفوق.

خصائص الموهوبين الفائقين:

الموهبة والتفوق تعبير شامل عن الشخصية، يفضل المنحى الشامل فى تحديده. وتجمع الدراسات والبحوث على خصائص شاملة، ليس من الضرورى أن تتجمع كلها فى شخص واحد حتى يقال إنه موهوب فائق. وهذه الخصائص هي:

* خصائص جسمية:

- تكوين جسمى أفضل من المتوسط.
- بلوغ مبكر.
- صحة جسمية أفضل من المتوسط.
- خلو من الإعاقات.

* خصائص عقلية:

- قدرة عقلية عامة عالية.
- قدرة على الاستدلال والتعميم وحل المشكلات وتفهم المعانى والتفكير المنطقي.
- إدراك العلاقات بين عناصر الموقف، وتكوين علاقات جديدة.
- سرعة التعلم.
- سرعة الفهم.
- التفوق الدراسى (التميز فى التحصيل الدراسى).
- تركيز الانتباه ، وطول فترته.
- دقة الملاحظة.
- قوة الذاكرة .
- خصوبة الخيال.
- الثراء اللغوى.
- التفكير العلمى.
- قدرة ابتكارية فى مجال الموهبة الخاصة.
- ارتفاع مستوى الدافعية للإنجاز والتفوق.

- زيادة حب الاستطلاع .
- تعدد الميول والهوايات.
- ميل خاص إلى القراءة والبحث والتعلم الذاتي.

* خصائص انفعالية:

- التفاؤل والمرح.
- القدرة على نقد الذات.
- الثقة فى النفس.
- المثابرة وقوة الإرادة.
- الثبات الانفعالى.
- التوافق الانفعالى.
- الذكاء الانفعالى.
- أقل تعرضا للمشكلات.

* خصائص اجتماعية:

- الحساسية الاجتماعية.
- التعاون.
- تقبل الاقتراحات والنقد.
- المسايرة ومجاراة الآخرين.
- القدرة على تحمل المسئولية الاجتماعية.
- الذكاء الاجتماعي.
- القدرة على القيادة .
- التوافق الاجتماعي.
- تفضيل الرفاق الأكبرسنا.
- ارتفاع مستوى الطموح (التطلع).

- القدرةعلى الوصول إلى مركز مرموق.

***خصائص شخصية عامة:**

- مفهوم ذات موجب.
- مركز تحكم داخلي.
- روح المخاطرة.
- الاستغراق فى الأداء.

هذا وقد توجد **بعض الخصائص السلبية** للموهوبين الفائقين، من أهمها ما يلي:

- التململ، والشغب، ومضايقة المحيطين.
- الإهمال فى الكتابة وسوء الخط.
- اللامبالاة بالأعمال الصفية.
- كثرة النقد للآخرين، والتعالى عليهم.

وقد يلاحظ وجود بعض حالات التخلف الدراسى عند بعض الموهوبين، وقد يرجع هذا إلى سوء اختيار سلم التعليم، وسوء تنظيم الوقت، ووجود حالة عصابية، وتسلط الوالدين أو إهمالهما، ونقص النضج، ونقص الثقة فى النفس.

الحاجات الخاصة بالموهوبين الفائقين:

الموهوبون الفائقون فئة لها حاجاتها الخاصة، مما يوجب توفير خدمات تربوية متخصصة تتناسب مع هذه الحاجات. إنهم فئة من ذوى الحاجات الخاصة، بالإضافة إلى الحاجات النمائية الأساسية .

وأهم الحاجات الخاصة للموهوبين الفائقين ما يلي:

- الحاجة إلى مزيد من الإنجاز.
- الحاجة إلى مزيد من تقدير الآخرين.
- الحاجة إلى مزيد من الرعاية المتخصصة.
- الحاجة إلى برنامج دراسى خاص.
- الحاجة إلى برنامج إضافى خاص.
- الحاجة إلى الاندماج الاجتماعى.

اكتشاف الموهوبين الفائقين:

النظام التربوى التعليمى مسئول بالدرجة الأولى عن اكتشاف الموهوبين الفائقين.

والموهبة والتفوق ظاهرة ذات طبيعة مركّبة، ولابد لتحديها من نسق مركّب من المحكات.

والموهوبون الفائقون لا يتم اكتشافهم بأساليب اكتشاف التفوق التحصيلى فقط.

ونحن نحتاج إلى برامج متكاملة لاكتشاف الموهوبين الفائقين فى وقت مبكر، يعد لها، ويستخدم فيها الوسائل والأدوات التى تمكّن من التعرف عليهم وانتقائهم وتحديد مواهبهم وتفوقهم.

ونذكّر المسئولين فى وزارة التربية والتعليم بما يلي:

* عقدت حلقة تربية الموهوبين والمعوقين فى البلاد العربية بالقاهرة فى مايو ١٩٦٩، وأخرى بالكويت فى مارس ١٩٧٣، وأصدرتا توصياتهما.

* نادى وزير التعليم السابق فى «استراتيجية تطوير التعليم فى مصر (١٩٨٧)»، بضرورة فرز الموهوبين الفائقين وفقا لمعايير دقيقة ووضعهم فى فصول خاصة بهم، مع إعطائهم مقررات أكثر عمقا حسب قدراتهم، ومتابعتهم بدءا من التعليم الأساسي.

* عقدت وزارة التعليم «المؤتمر القومى الأول لرعاية المتفوقين» فى فبراير ١٩٩٠، وأصدر توصياته.

* عقد المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة بالقاهرة(أكتوبر ١٩٩٥)، وتناول بين ما تناول «التفوق والموهبة»، وأصدر توصيات منها: عقد ندوة دولية موضوعها تحديات التفوق العقلى والموهبة فى النظام التعليمى المصري.

ونأمل أن تنفذ الوزارة ومدارسها ما جاء فى التوصيات، وأن توفر الوسائل المتنوعة للكشف عن الموهوبين الفائقين بواسطة الأخصائيين النفسيين المدربين، وأن تتوافر المناهج التى تنمى قدراتهم، والمرافق والمعامل والمكتبات والورش والمعلمين والمشرفين المدربين.

ولا شك أن اكتشاف من تتوافر لديه الطاقة ليكون موهوبا فائقا، ولم ينتج بعد إنتاجا مرموقا، أو الذين لديهم استعدادات عقلية تمكنهم فى مستقبل حياتهم من الوصول إلى مستويات أداء مرتفعة فى أى من المجالات الأكاديمية أو الفنية أو الاجتماعية، أمر واجب وهام للغاية.

هذا، ومن **منبّئات الموهبة والتفوق** ما يلى:

* مستوى ذكاء مرتفع (١٣٠ فأكثر).

* مستوى تحصيل أكاديمى مرتفع (من أفضل ١٥٪).

* مستوى مرتفع من الاستعدادات العلمية.

* مستوى استعدادات خاصة مرتفع، بما فى ذلك القدرة على القيادة.

* مستوى عال من القدرة على التفكير الابتكاري.

وعلى المربين القيام بعملية فرز الطلاب بدقة والتعرف على الموهوبين الفائقين منهم باستخدام وسائل وأدوات دقيقة.

ومن توصيات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة (١٩٩٥)، ضرورة الاعتماد على محكات ومنبئات متعددة فى التعرف على الموهوبن الفائقين، كاختبارات الذكاء والاستعدادات العقلية، والتفكير الابتكارى الإبداعي، والقدرات الخاصة، وتقارير ا لمعلمين، والأداء الفعلى للتلاميذ فى المجالات المختلفة، و تقارير أولياء الأمور.

وسائل اكتشاف الموهوبين الفائقين:

لما كان مفهوم الموهبة والتفوق يتميز بالشمول والاتساع، فإن من الضرورى وضع برنامج متكامل واستخدام وسائل متعددة لاكتشاف الموهوبين الفائقين، ومن هذه الوسائل ما يلي:

* **الاختبارات والمقاييس** (الموضوعية المقننة)، وهى ضرورية للتشخيص والتوجيه والإرشاد (ويطبقها الأخصائيون النفسيون)، مثل:

- اختبارات ومقاييس الذكاء (الفردية والجماعية)، (اللفظية والمصورة).
- اختبارات القدرات الخاصة (الفنية والميكانيكية واللغوية... إلخ).
- اختبارات القدرة على التفكير الابتكاري.
- اختبارات الاستعدادات العلمية (العلوم).
- اختبارات التحصيل.
- اختبارات ومقاييس الشخصية.
- مقاييس مفهوم الذات.
- اختبارات الميول (المهنية واللامهنية)، (العلمية والأدبية... إلخ).

- مقاييس النضج الاجتماعى.
- مقاييس التوافق.
- مقاييس الصحة النفسية.
- مقاييس الإرشاد النفسى.
- مقاييس تقدير السلوك.

* **تقدير الوالدين:** (وهم أعرف الناس بأولادهم) كوسيلة مساعدة، خاصة للكشف المبكر عن الموهبة والتفوق، بحيث تكون أقرب إلى الموضوعية وغير متحيزة، وذلك من خلال ملاحظة ميول الطفل وهواياته و قراءاته وأنشطته وقت الفراغ.

* **تقارير المعلمين:** (وهم أقرب الناس إلى التلاميذ) كوسيلة مساعدة، حيث يلاحظون - بتكرار - حب الاستطلاع عند التلاميذ، وميلهم للمناقشة، والتعلم بسهولة وبسرعة، وحب العلم، والانتباه ودقة الملاحظة، وحسن الأداء أثناء الدروس، ومن خلال ممارسة الأنشطة التربوية الصفية واللاصفية، ويمكن أن يستخدم فى ذلك قوائم للملاحظة ومقاييس للتقدير.

* **إنتاج الأفراد:** وهذه وسيلة عملية، تشمل الإنتاج الأكاديمى أو الفنى مثل كتابة القصة أو الشعر، والتجارب العملية فى مجال العلوم، والإنتاج الابتكارى فى الرسم والتصوير والأشغال والزخرفة، والمهارات الرياضية... إلخ، وهذا الإنتاج يشهده ويقدره الآخرون.

* **بطاقات الطلاب:** وهى ذات فائدة كبيرة، وخاصة إذا كانت دقيقة وواضحة، وتشتمل على حالة الطالب الدراسية وتحصيله واتجاهاته وميوله وهواياته، وظروفه الصحية والاجتماعية وأنشطته التربوية.

* **ملاحظات الرفاق:** وهذه مفيدة أيضا، حيث يشير الرفاق إلى الزميل الموهوب الفائق الذين يختارون العمل معه، ويلجأون إليه فى المشروعات والبحوث والتجارب، والذين يشهدون له بالتميز والتفوق.

رعاية الموهوبين الفائقين:

من الضرورى رعاية الموهوبين الفائقين وإشباع حاجاتهم وتنمية استعداداتهم ودعم قدراتهم بما يشبع تطلعاتهم على المستوى الفردى وطموحاتهم على المستوى المجتمعى.

وتتطلب رعاية الموهوبين الفائقين - بصفة عامة - مايلى:

* توفير الفرص فى مجال التعليم بما يساعد الموهوب الفائق على الوصول إلى الحد الأقصى الذى تؤهله له استعداداته ومواهبه وقدراته.

* وضع برنامج تعليمى خاص للموهوب الفائق حتى ولو زادت تكلفته على المعدل العادي.

* توفير الرعاية النفسية والاجتماعية والثقافية والتربوية والعلمية وعدم الاقتصار على مجرد الرعاية المادية والتقدير المعنوي.

* اتباع الاتجاهات التربوية الحديثة فى تربية وتعليم الموهوبين الفائقين، وعدم الاقتصار على الاهتمام ببعض المدارس على المستوى الفنى فقط كما فى معهد الباليه و الكونسيرفاتوار.

* تقديم أحدث البرامج التربوية للموهوبين الفائقين، وإجراء البحوث والدراسات الخاصة بهم.

دور الأسرة والمدرسة والمجتمع فى رعاية الموهوبين الفائقين:

من حق الموهوبين الفائقين الرعاية التربوية والاجتماعية والنفسية.

ويتكامل دور الأسرة والمدرسة والمجتمع فى رعاية الموهوبين الفائقين، بتوفير أنسب الظروف التربوية والاجتماعية والنفسية، بحيث تتكامل شخصياتهم ويتحقق لديهم أفضل نمو وازدهار.

دور الأسرة:

يتلخص دور الأسرة فى رعاية الموهوبين الفائقين فيما يلي:

* القدرة على فهم الموهبة والتفوق، وأهمية وأسلوب رعايتها والعناية بها.

* قيام الوالدين باكتشاف مواهب الأولاد ـ إن وجدت ـ فى سن مبكرة. وتلاحظ علامات الموهبة والتفوق مبكرا قبل دخول المدرسة حين يلاحظ الوالدان أن الطفل يمشى مبكرا، ويتكلم مبكرا، ويكون خياله أخصب، وميوله تنضج مبكرا، ويكون كثير التساؤل، نشط الاستطلاع، لديه قوة تركيز عالية، يحب جمع الأشياء، يهتم مبكرا بالفنون والقراءة، ويكون اجتماعيا ومرحا.

* تشجيع الطفل فى المنزل، وذلك بعمل كراسات للملاحظة، وإطلاع المدرسة عليها.

* بذل الوقت والجهد والمال فى رعاية مواهب الأولاد، وإتاحة فرص التعبير عنها.

* توفير الإمكانات المناسبة والظروف الملائمة لنمو مواهب الأولاد وتفوقهم، وتشجيع زيارات متاحف العلوم والفنون، والاشتراك فى المسابقات الرياضية... إلخ.

* الاهتمام بالتنشئة الاجتماعية والرعاية المتكاملة لجوانب ومظاهر نمو شخصية الأولاد ، وعدم التركيز فقط على الجوانب العقلية المعرفية.

* توفير التفاعل الاجتماعى المناسب للطفل مع رفاق سن موهوبين أو فائقين.

* الإجابة عن تساؤلات الطفل الكثيرة، وتوجيهه للمصادر التى تجيب عن تساؤلاته.

* التعاون مع المدرسة فى رعاية الأولاد الموهوبين الفائقين.

دور المدرسة:

يتلخص دور المدرسة فى رعاية الموهوبين الفائقين فيما يلي:

* توفير مناخ تعليمى وتربوى مناسب للطلاب الموهوبين الفائقين.

* اكتشاف الطلاب الموهوبين الفائقين، ودراسة حالة كل منهم.

* استخدام أساليب التربية الخاصة بالموهوبين الفائقين.

* تعاون المعلمين والأخصائيين والإداريين فى رعاية الموهوبين الفائقين.

* إثراء المناهج، وتقديم البرامج والأنشطة الإضافية ذات المستوى الرفيع، وإتاحة فرص القراءة والدراسة والبحث والتجريب والتطبيق فى المكتبات وغرف المصادر والمعامل وغيرها، حيث تتوافر مصادر المعلومات والأدوات الحديثة والمتطورة، بما يناسب حاجات وإمكانات الموهوبين الفائقين، بل ويتحدى قدراتهم.

* استخدام طرق تدريس تشجع الاستكشاف والبحث وحل المشكلات وعمل المشروعات والعصف الدماغى وتنمية الابتكار.

* العناية الفردية بالطالب الموهوب الفائق فى شكل إعداد برنامج تربوى مفرد Individualized Education Programme.

* الإسهام الخاص من المعلم الملم بسيكولوجية الموهوبين الفائقين لتنمية ثقة الطالب بنفسه، ولتحقيق التمكن.

* توفير الرعاية النفسية والاجتماعية والصحية، حيث يتعاون الأخصائيون النفسيون والأخصائيون الاجتماعيون والأطباء مع المعلمين والوالدين فى رعاية الموهوبين الفائقين، وحبذا لو كان فى المدارس مرشدون نفسيون ينضمون إلى هؤلاء فى رعاية الموهوبين الفائقين.

* قيام إدارة المدرسة بتشجيع المواهب وتنميتها، وتشجيع ممارسة الهوايات لدى الموهوبين الفائقين.

* الاهتمام بالريادة المدرسية وتوفير الرائد الكفء، القادر على فهم الموهوبين الفائقين وتوجيههم والعناية بهم.

* إعداد سجلات مدرسية مجمعة خاصة بالموهوبين الفائقين، تحتوى على كل المعلومات والبيانات اللازمة لرعايتهم.

* شمول تقييم الموهوبين الفائقين تحصيليا وسلوكيا، ومن حيث القدرات والميول والقيم، والشخصية بصفة عامة.

* تنمية مهارات التعلم الابتكاري، والتعلم الذاتي، والتعلم المستمر مدى الحياة لدى الطلاب الموهوبين الفائقين.

* مراعاة توافر مواصفات معلم التربية الخاصة للموهوبين الفائقين، المؤهل أكاديميا وتربويا، والذى يتصف هو نفسه بالتفوق ونضج الشخصية وسعة الاطلاع، والخبرة والرغبة فى تعليم الموهوبين الفائقين، القادر على اكتشافهم، المدرك لخصائصهم واحتياجاتهم، القادر على مساعدتهم ورعايتهم باستخدام الطرق والأساليب المناسبة لهم.

* وضع دليل مرشد لمعلمى الموهوبين الفائقين، يتناول حاجاتهم والمصادر التى تساعد المعلم فى تلبية هذه الحاجات، وإعداد مواد إثرائية، والتقنيات المستخدمة فى الكشف عن الموهوبين الفائقين، والأدوات والوسائل التى يمكن استخدامها بصورة علمية سليمة، ودليل بالتسهيلات الموجودة فى البيئة لاستخدامها، وأفضل الطرق التعليمية للموهوبين الفائقين.

* التعاون مع الأسرة فى رعاية التلميذ الموهوب الفائق.

* من توصيات المؤتمر القومى الأول للتربية الخاصة (١٩٩٥): تخصيص الساعة الأخيرة من كل يوم دراسى فى مدارس اليوم الكامل لممارسة أنشطة إضافية لتنمية استعدادات التلاميذ الموهوبين الفائقين، على أن تتوافر فى هذه المدارس التجهيزات والمصادر التعليمية، والمواد والخامات، والمراسم والورش، والمعلمين المدربين اللازمين.

* من توصيات نفس المؤتمر أيضا: ضرورة إعداد معلمين متخصصين فى مجال التفوق العقلى والموهبة، سواء عن طريق إنشاء دبلومات مهنية لهذا الغرض بكليات التربية، أو باستحداث برنامج جديد بالبعثة الداخلية، أو بالمراكز المتخصصة بالتعاون مع الوزارة.

دور المجتمع:

يتلخص دور المجتمع فى رعاية الموهوبين الفائقين فيما يلي:

* الوعى برعاية الموهوبين الفائقين على جميع المستويات الاجتماعية وتنمية الاتجاهات الموجبة نحوهم.

* اهتمام الدولة بكافة مؤسساتها برعاية الموهوبين الفائقين.

* اهتمام المجتمع بإنشاء نوادى العلوم، والنوادى الرياضية والمتاحف والمعارض الخاصة بالموهوبين الفائقين.

* اهتمام مراكز البحوث التربوية والنفسية والاجتماعية ومراكز ومعاهد دراسات الطفولة بإعداد الاختبارات والمقاييس اللازمة وإجراء البحوث والدراسات المطلوبة لرعاية الموهوبين الفائقين، وإنشاء مجلات علمية متخصصة لنشر البحوث الخاصة بهم.

* اهتمام وسائل الإعلام بنشر الوعى بين المواطنين ودعوتهم وتوجيههم بخصوص رعاية الموهوبين الفائقين، وتقديم البرامج التى تنمى المواهب وتدعم التفوق، وخاصة من خلال القنوات التعليمية التليفزيونية، وتقديم البرامج الإعلامية لإرشاد وتوجيه الأسرة لمساعدتها فى الاكتشاف المبكر للموهبة والتفوق، ولإشباع حاجات الأسرة فى رعاية أولادها رعاية جادة وملائمة.

* اهتمام التربية الاجتماعية ومكاتب الخدمة الاجتماعية برعاية الموهوبين الفائقين.

* اهتمام المؤسسات الثقافية بإصدار الكتب والكتيبات التى تتناول رعاية الموهوبين الفائقين، وتنظيم المسابقات لصقل المواهب وتنمية التفوق.

* الاهتمام بالإرشاد النفسى الشامل للموهوبين الفائقين علاجيا وتربويا ومهنيا، والإرشاد الأسرى لذويهم.

* الاهتمام بالصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية للموهوبين الفائقين.

* وضع خطط لمتابعة الموهوبين الفائقين فى المراحل التعليمية العليا، وفى الحياة العملية.

* إنشاء مراكز لرعاية الموهوبين الفائقين فى كافة المجالات، بحيث تكون هذه المراكز مفتوحة طوال العام، وليلا ونهارا، وبحيث تكون بيئة مثالية للتعلم حيث يعمل الطلاب أكثر مما يسمعون أو يشاهدون، ومن أمثلتها: مراكز الموهوبين الفائقين فى العلوم، التى تسهم بشكل مميز فى إبراز وتنمية المواهب والتفوق فى الفلك والأرصاد والإليكترونيات والكيمياء والهندسة الوراثية... إلخ.

الاتجاهات التربوية الحديثة فى تعليم الموهوبين الفائقين:

من أبرز الاتجاهات التربوية الحديثة فى تعليم الموهوبين الفائقين ما يلى:

* **الإسراع:** Acceleration : أى التقدم الدراسى بمعدل أسرع من الطالب العادي، ويمكن تحقيق ذلك بالالتحاق المبكر بالمدرسة أو الكلية (على أساس الاستعدادات والإمكانات والقدرات)، وتخطى بعض الصفوف الدراسية، واختصار سنوات الدراسة فى المجال الأكاديمى مع دراسات صيفية، بحيث يتمكن الموهوب الفائق من إنهاء المرحلة التعليمية فى عدد أقل من السنوات (عادة صف واحد من المرحلة التعليمية الواحدة). وهناك شكل آخر من أشكال الإسراع وهو تخطى المواد، أى السماح للطلاب الموهوبين الفائقين فى مواد محددة كالرياضيات أو العلوم أو اللغات بأخذ هذه المواد فى صفوف أعلى من الصف الذين هم فيه ودراستها.

* **التجميع:** Grouping: حيث يتم تجميع الموهوبين الفائقين بإحدى الصور الثلاث التالية:

- مدارس خاصة للموهوبين الفائقين (أكاديميا أو فنيا)، مما يساعد على إعداد برامج تربوية مناسبة لهم.

- فصول خاصة للموهوبين الفائقين فى المدارس العادية، مما يساعد على تقديم منهج ثرى بالخبرات، يتناسب مع مواهبهم وقدراتهم ويمكنهم من القيام بمشروعات عالية المستوي، ويغرس فيهم روح المنافسة التى تبعث على الإتقان والاستمرار فى التفوق.

- برامج خاصة، تقدم فى فصول بعض الوقت، بعد انتهاء اليوم الدراسى فى الفصول العادية ، يطلق عليها أحيانا اسم «فصول الشرف»، حيث يقدم لهم معلمون متخصصون برامج خاصة فى المواد أو المجالات التى يظهر فيها موهبتهم وتفوقهم.

* **الإثراء:** Enrichment : أى إثراء البرنامج التعليمى للموهوبين الفائقين كما وكيفا (وهم بين العاديين فى فصل واحد)، بحيث تقدم إليهم مناهج ومواد وخبرات تعليمية وقراءات وأنشطة إضافية مميزة ومتقدمة تناسب مواهبهم وقدراتهم، وتوسع خبراتهم وتعمقها، ويشاركون فى الأنشطة التربوية المختلفة ، بالإضافة إلى حلقات دراسية وورش عمل، ويكلفون بواجبات إضافية ومشروعات. وقد يذهب الموهوبون الفائقون فرادى أو فى رحلات جماعية إلى المكتبات والمعاهد والمتاحف والمصانع، وإلى المراكز العلمية فى البيئة المحلية لكى يتدربوا على البحث والابتكار فى مجالات مواهبهم وتفوقهم.

خاتمة:

وبعد .. فإننى أرجو أن تكون ورشة العمل هذه خطوة مباركة على طريق غايته إعداد جيل من علماء مصر المستقبل.

إننا جميعا متفقون على أن رعاية الموهوبين الفائقين استثمار طويل الأجل يضمن توافر القوى البشرية المتميزة، القادرة على القيادة الفكرية والعلمية والتكنولوجية فى عالم المستقبل، والتى تمكنها استعداداتها وما اكتسبته من مهارات وقدرات ابتكارية من الإسهام الفّعال فى تحقيق التقدم والرقى والرفاهية.

ولتحقيق هذا الهدف النبيل، يجب توافر الأدوات والوسائل اللازمة والأخصائيين المؤهلين القادرين.

إننا نحتاج إلى طفرة حقيقية فى رعاية الموهوبين الفائقين.

وهنا أقول وأكرر، إن من أقدر من يقوم باكتشاف الموهوبين الفائقين ورعايتهم هم «المرشدون النفسيون» المتخصصون فى مجال إرشاد ذوى الحاجات الخاصة، بالتعاون مع زملائهم الأخصائيين النفسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمعلمين والوالدين وكل من يهمهم الأمر.

وهذه دعوة ورجاء أن تدخل وزارة التربية والتعليم خدمات الإرشاد النفسى فى مدارسنا ومؤسساتنا التعليمية.

والله الموفق،،،

المراجع

- **أحمد فتحي سرور (١٩٨٧).** استراتيجية تطوير التعليم فى مصر. القاهرة: الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية .

- **حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠).** التوجيه والإرشاد النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.

- **صلاح أحمد مراد، أمين على سليمان (١٩٩٠).** تعليم المتفوقين. المؤتمر القومى الأول لرعاية المتفوقين . وزارة التربية والتعليم . القاهرة : (فبراير ١٩٩٠). (١٤ صفحة).

- **عبد السلام عبد الغفار (١٩٧٧).** التفوق العقلى والابتكار. القاهرة: دار النهضة العربية.

- **عبد المطلب القريطى (١٩٩٦).** سيكولوجية ذوى الاحتياجات الخاصة وتربيتهم. القاهرة : دار الفكر العربي.

- **فيوليت فؤاد ابراهيم (١٩٩٠).** الرعاية النفسية للمتفوقين. المؤتمر القومى الأول لرعاية المتفوقين . وزارة التربية والتعليم. القاهرة: (فبراير ١٩٩٠). (٣١ صفحة).

- **كمال إبراهيم مرسى (١٩٩٢).** رعاية النابغين فى الإسلام وعلم النفس. (ط٢). الكويت: دار القلم.

- **محمد خالد الطحان (١٩٨٢).** تربية المتفوقين عقليا فى البلاد العربية. تونس: المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.

- **محمد فوزى عبد المقصود زاهر (١٩٨٨).** دور التربية فى رعاية أطفالنا الموهوبين . المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى «تنشئته ورعايته». مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس . (مارس ١٩٨٨) مجلد ٢، ص ٤٧٢ - ٤٩٦.

- **مصطفى أحمد عبد الباقى (١٩٨٨).** دور المعلم فى توفير الرعاية التربوية للأطفال الموهوبين فى مرحلة التعليم الأساسي. المؤتمر السنوى الأول للطفل المصرى «تنشئته ورعايته» . مركز دراسات الطفولة جامعة عين شمس. (مارس ١٩٨٨)، مجلد ٢، ص٤٩٧ - ٥١١.

- **ممدوح محمد سليمان ، أبو العزايم عبد المنعم مصطفى (١٩٨٧).** استراتيجيات التفكير الرياضى والدافعية لدى الموهوبين والعاديين والمتأخرين فى الرياضيات. المجلة التربوية، كلية التربية بسوهاج : عدد ٢، ص ١٢٧ - ١٥٤.

- **مها زحلوق (١٩٩٤).** التربية الخاصة للمتفوقين . دمشق: مطبوعات جامعة دمشق.

- **Cruickshank, William N. (Ed.) (1971).** Psychology of Exceptional Children and Youth. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall.

- **Cruickshank, William N. & Johnson, G. Orville (Eds.) (1975).** Education of Exceptional Children and Youth. (3rd Ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall.

- **Dunlap, James M. (1975).** The Education of Children With High Mental Ability. In Cruickshank & Johnson (1975) pp. 149-199.

- **Hallahan, Daniel P. & Kauffman, James M. (1970).** Exceptional Children: Introduction to Special Education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

-**Heward, William L. & Orlansky, Michael D. (1980).** Exceptional Children: An Introductory Survey to Special Education. Columbus, Ohio: Charles Merrill.

- **Kirk, Samuel A. & Lord, Francis E. (Eds.) (1974).** Exceptional Children: Educational Resources and Perspectives. Boston: Houghton Mifflin.

- **Mandell, Colleen L. & Fiscus, Edward (1981).** Understanding Exceptional People. New York: West Publishing Co.

- **Rimm, S. B. & Davis, G. A. (1989).** Education of the Gifted and Talented. (2nd Ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall.

- **Smith, R. M. & Neisworth, J. T. (1975).** The Exceptional Child: A Functional Approach. New York: McGraw- Hill.

- **Telford, Charles W. & Sawrey, James M. (1977).** The Exceptional Individual. (3rd Ed.) . Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice - Hall.

- **Torrance, E.Paul (1974).** Broadening Concepts of Giftedness in the 70's. In Kirk & Lord (1974) pp. 186 -196.

- **Webb, J. T. et al. (1989).** Guiding the Gifted Child: A Practical Source for Parents and Teachers. (8th Ed.). Ohio: Psychology Publishing Co..

[٦] هويتنا والتغريب اللغوى(*)

مقدمة:

اللغة هى وعاء الثقافة. واللغة القومية ـ وهى لغتنا العربية ـ تعبر عن هويتنا وعن شخصيتنا القومية، والتمسك بها يعبر عن الانتماء.

وتتحمل المؤسسات التعليمية والمؤسسات الإعلامية مسئولية دعم اللغة العربية، وبالتالى دعم الانتماء ومقاومة التغريب اللغوى، الذى يتجسد فى التغريب الثقافى ويؤدى إلى الاغتراب بصفة عامة.

وعلى مؤسسات التعليم والإعلام تحمل مسئوليتها فى الحفاظ على الهوية والثقافة العربية، من خلال دعم اللغة العربية ونبذ التغريب اللغوى الذى يعتبر هجمة شرسة على اللغة العربية، بزعم كاذب وخاطئ يدّعى قصورها عن مواكبة التقدم العلمى والتكنولوجى وحتمية العولمة وكونية الثقافة فى القرية الكونية المزعومة.

ومن مظاهر التغريب الثقافى فى المجتمع بصفة عامة:تضاؤل الاهتمام بالدراسة باللغة العربية، وانتشار عقدة الخواجة، والانبهار بثقافة الأجانب، وتقليد كل ماهو أجنبى، واستخدام الكلمات الأجنبية، بل واللغة الأجنبية على حساب العربية بشكل متزايد فى وسائل الإعلام ومؤسسات التعليم.

ومن الأمور الهامة جداً أن دستور جمهورية مصر العربية ينص على أن اللغة العربية هى اللغة الرسمية.

وإذا فتّشنا فى العالم كله، فلن نجد من يعمل فى لغته القومية ما نعمل فى لغتنا العربية الجملية من تحريف وازدراء وتغريب، وهى لغة القرآن الكريم ولغة أهل الجنة إن شاء الله.

وبقدر ما نعلم نجد أن إسرائيل توحد بين اليهود المهاجرين إليها، بلغاتهم المتعددة، بل وثقافاتهم المتباعدة، عن طريق اللغة العبرية.

وبقدر ما نعلم نجد أن الأمريكيين يوحدون بين المواطنين ـ الذين يهاجرون إلى الولايات

(*) ندوة التربية والثقافة والإبداع.، المؤتمر العلمى الثالث «التربية والثقافة فى عالم متغير» ، كلية التربية بالفيوم ، جامعة القاهرة. (أكتوبر ٢٠٠١).

المتحدة الأمريكية من مشارق الأرض ومغاربها ـ بتوحيد طريقة النطق الأمريكى والكتابة الأمريكية للغة الإنجليزية.

وبقدرما نعلم فإن الفرنسيين والإنجليز لديهم كلمات كثيرة لها نفس الحروف ونفس المعنى، وكل من الشعبين لا ينطق إلا بنطقة الخاص، مثلاً: Education,Telelvision .

والتغريب اللغوى هو تفضيل استخدام أسماء وكلمات وتعبيرات غريبة تحل محل اللغة العربية فى الاستخدام اليومى، وجعل اللغة العربية غريبةفى وطنها وبين أهلها، وكتابة العربية بحروف لاتينية، أو كتابة اللغات الأجنبية بحروف عربية، وإقحام حروف هى بمثابة حروف تخريب اللغة العربية وهى ب وتحتها ثلاث نقط (كما فى پلاى بوى) ، ج وتحتها ثلاث نقط (كما فى إيچيبت)، ف وفوقها ثلاث نقط (كمافى لوفلى) (يلاحظ أنه فى معظم أجهزة الكمبيوتر لا توجد فيه هذه الحروف، لأنها ليست عربية ، ولا حاجة للغتنا بها) . وهل لاحظ أحد أن الغرب خرّب لغاته بإدخال حروف من حروف لغتنا مثل ح، ض، ط، ظ، ع، ق؟.

وأخطر ما فى الأمر هو التعليم باللغات الأجنبية من الروضة حتى الجامعة على حساب اللغة العربية،وتقليعة إنجليش سيكشن، وهذا غزو ثقافى صريح، ويجسده تفضيل التعليم باللغات الأجنبية على التعليم باللغة العربية، والاعتماد على اللغات الأجنبية فى بعض فروع العلم والتكنولوجيا، وسعار تفضيل أقسام اللغات الأجنبية على أقسام اللغة العربية، وسباق الجامعات الأجنبية، مثل الجامعة الأمريكية، والجامعة الفر نسية ، والجامعة الألمانية ، وحتى الجامعة التكنولوجية الجديدة ذات «الكاونسيل أوف تراستيز».

إننا فى هذا المقام نؤكد أن التعليم باللغات الأجنبية خطأ تربوى جسيم ، بينما تعليم اللغات الأجنبية على أعلى مستوى أمر مرغوب ومطلوب.

ومن المؤسف أن «مصر» ، اسم البلد الآمن، المذكور فى القرآن الكريم مرات ومرات، حيث قال الله تعالى فى القرآن ا لكريم:﴿ادْخُلُوا مِصْرَ إِن شَاءَ اللَّهُ آمِنِينَ﴾، وقال تعالى: ﴿وَقَالَ الَّذِى اشْتَرَاهُ مِن مِّصْرَ لامْرَأَتِهِ أَكْرِمِى مَثْوَاهُ﴾، وقال تعالى: ﴿أَلَيْسَ لِى مُلْكُ مِصْرَ﴾. اسم مصر العظيم يغربونه ويقولون «إيچيبت»، وهل سيصبح اسم مصر فى يوم من الأيام ـ لا سمح الله ـ «جمهورية إيچيبت الغربية»؟!

ومن المخجل أن يصبح اسم النيل العظيم «نايل»، والأهرام الشامخة «بيراميدز»وأبو الهول «سفينكس» وقاهرة المعز «كايرو».

وهل يرضينا تقليد الغرب فى استخدام الحروف لتدل ـ اختصاراً ـ على الكلمات غير المعروفة مثل : إم آند إن، إم سى آى.

وهل يشرفنا المزج الخالى من المعنى بين الحروف والأرقام كما فى: إيه وان، تو وايز، ثرى إم، دوز آش، سيكس إم، فور إتش.

وهل يسعدنا المزج بين الأرقام والكلمات كما فى : توب تونتى إيت، ثرى ستارز، سفن سيز، فايف ستارز، كاتر ميزون، وان واى.

وهل يشجينا المزج بين الحروف والكلمات مثل: آى سى سنتر، إيه إم فيرنيتشر، جى إم سى سنتر، واى إن سنتر.

ولننظر إلى ملابسنا وقد طبعت عليها اللغات والأعلام الأجنبية وخاصة اللغة الإنجليزية وعلم أمريكا.

ولنستمع إلى بعض أغنياتنا وقد تسلل إليها اللحن الغربى، وخاصة فى الإعلانات «والفيديو كليب».

ولنراجع أسماء المدن، والقرى، والشواطئ، والمؤسسات ، والشركات ، والمراكز، والمحال، والمصارف، والمدارس، والفنادق، والمطاعم، والطعام، والملابس، والبضائع، والمشاعر، والمناشط، والوظائف، والنوادى، والصفات، والعلوم ، الفنون ، الآداب... إلخ، لقد أصبحت ـ فى معظمها ـ أجنبية وغربية وغريبة.

ولنسمع ولنقيم بعض التعبيرات المتداولة فنجدها غريبة وغربية ، ولابد من بعض الأمثلة على سبيل المثال لا الحصر.

من منا لا يسمع أو يشاهد أويقرأ فى وسائل الإعلام ، كلمات مثل: آرتيست، آكشن، أوبرا، أوركيسترا، باكجراوند، باند، بلاتوه، تليفزيون، توب، جورنال، دريم تى فى، دوبلاج، دوبلير، ديالوج، ديجيتال، راديو، ريجيسير، زووم ، ستار، ستاندباى، (برنامج) ستوب. ستوب، سيناريو، سوبر، فور ثرى تو وان، فيديو، فيديوكليب، كايرو شو، كلاكيت ، كومبارس، لوكيشن، مكساج، مكياج، مونتاج، مونولوج، مونولوجيست، ميوزيك) (برنامج) ويك إند.

من منا لا يسمع فى مجال التعليم ، كلمات مثل: إكسيلانت، باج، باص (جمعها باصات)، برايمارى، بريباراتورى، بريك، بوك، بول (باسكيت بول، فوت بول، فولى بول،هاند بول، ووتر بول)، بوى، بيبى (بيبى كير، بيبى داى كير هوم)، تشايلد (تشايلد كير، تشايلد هوم)،

تشايلدهود، جود، جيرل ، جونيور، جيمنيزيوم ، ساينس، سوسيولوجى، سيكولوجى، سكول (إيچيبت سكول، جرين فالى سكول، فيوتشر سكولز) ، سنتر(إديوكاشن سنتر)، سيكشن، سيكوندارى، فسيولوجى، كلاس ، كى جى (جمعها كيجيهات)، كير، لاب، ماث، مستر، ميس، هوم ويرك، فيديو كونفرانس.

من منا لا يسمع أو يشاهد أو يقرأ فى عالم الإعلام ـ فى وسائل إعلام جمهورية مصر العربية ـ كلمات لا تمت للغتنا العربية بصلة مثل: آرت، إكسبورت، أكوا، إنترناشيونال، آيس، إند، آند، إيديال، بارك، باسكيت، بالاس، برينت، بنك، بيتش، بيج، بيرد، بيزينيس، بيس، بيلدينج، تاور، تاون، تايم، ترافيل، ترانسبورت، تريد ، تكس، تكستايل، توب، تورز، توريزم، توى، جاردى، جراند، جروب(جمعها جروبات)، جول، جولد، دريم ، دور، ديب، ديليشوس، روز، رويال، ريتش، ريستوران، ساند، سبورت، ستيلا، سكاى، سمول، سوبر ماركت، سويت ، سيرفيس، سيتى ، سيلفر ، سنتر ، شو، شوب، شوبينج، شوز، صن ، فاميلى، فوت، فوود، فيرست، فيديوكليب، فيش، فيليج، فيوتشر، كار، كاربيت، كريزى ، كلوب، كوافير، كورنر، كوفى، كويك، كواليتى، كير، لاند ، لايت ، لايف، لوف، لونج، ليدى، ليمتد، ماركيت، مان، موبايل، مود، مودرن، مول، مون، ميتل، ميزون، ميلك، ميوزيك، نايت، نيو، هابى، هاند، هاوس، هاى، هنى، هورس، هول، هوم، هير، هيردريسر، هيل ووتر، وير، ويك إند، ويل، يونيفيرسال.

ومن منا يرضى أن يتسلل هذا العبث باللغة العربية فى الأسرة، فتصبح الأسرة «فاميلى» والدار «هوم»، ويصبح الأب «دادى» وا لأم «مامى» ، والآنسة «مادموازيل»، والعروس «برايد» ، والسيدة «مدام» ، والعم «أونكل»، والخالة «تانت»، المدخل «أنتريه»، والصالة،«هول»، والأثاث «فيرنيتشر»، واللعبة «توى».

ومن منا يرضى أن تصبح التحية بيننا : هاى ، بون جور، بون سوار، ميرسى، أوروفوار.

ماذا بعد هذا يمكن أن يقال؟!

انتبهوا أيها السادة.

من المسئول عن هذا العبث باللغة العربية؟ لنقول له ما قاله الشاعر العربى:

إذا كنت لا تدرى فتلك مصيبة وإن كنت تدرى فالمصيبة أعظم

اللهم لاحول ولا قوة إلا بالله العلى العظيم...

ألا هل بلغت ، اللهم فاشهد...

ملحق

(هل ننتظر حتى يحدث هذا التغريب والتخريب؟!)

سامبل من خطاب جيرل ستايل إلى بوى ريويش طحن:

هاى ماى دير أنتيم فريند، هاى دارلينج... أنا هامنشن لك كل المارفيلاس أكتيفيتيز اللى عملتها فى اللاست ويك إند. رحت مع كريزى جروب وكلهم عيال لوفلى وريويشين طحن وستايل كمان، وأنا البيج بوس بتاعهم، أخذتهم فى الكار الشيروكى اللى دادى جابهالى لما نجحت لاست يير، وكان معايا الموبايل اللى مامى جابتهولى لاست سامر. والويذر كان سو بيوتيفول وفانتاستيك اسبيشيالى البلوسكاى، وقلنا نعمل آيديال تور بمعرفتنا بدل الترافيل إيجنسيز...

كنا كلنا ستاندباى، وقلنا فيرست أوف أول نحدد لاند تجنن نعمل فيها شوية إنترتينمينت. احترنا بين ماجيك لاند، ووندر لاند، وهابى لاند، ودريم لاند، وجرين لاند، وفلاور لاند، والمهم الأجريمنت رسى على ماجيك لاند.

وقلنا نزور مول أور مور، نعمل شوية شوبينج آند سو أون. فضّلنا جراند مول على كايرو مول، وسيتى مول، ومايند يو كلها مولات تناسب الهاى كلاس والهاى لايف. ومنها أولسو المول اللى قدام إيجيبت سكول بتاعتنا، وركنت الشيروكى فى النيو بارك اللى قدامها. وطبعا المول فيه من الشوز للكارز، وفيه الفودز والسويتس، وفيه الدريس والأكسيسوريز، وفيه حتى الهاى كلاس كوافير عشان الجيرلز والهير دريسر عشان البويز.

وقلنا آت ذا بيجينينج نعمل شوبينج فى واحد من السوبر ماركتس، ونهاف آلوك على السوبر شوبس زى أميريكانا شوب، وكينج شوب، وبوتيك ليدى شوب، وعلى السنترز زى نايل سنتر، وسكرين فيديو سنتر، وآى سى سنتر، وواى إن سنتر، وإكسبريس سنتر، وبوتيك روما سنتر، وكوين سنتر.

وقلنا نهاف آ لوك أولسو على الدريس شوبس النيوفاشون، واللاست فاشون، والهاى آند توب موديلز، والسبورت وير، وكمان الكاجوال وير.

ولما جعنا قلنا نهاف آ ميل. الفود هناك فايف ستارز، وفيه فارايتى كبيرة، ومعظمه فريش من فاين فودز، وأوشن فودز، وفيه ماكدونالدز، وعَبْدونالدز، وكينتاكى فرايد شيكينز، وكِبْداكى،

وبيتزاهت، وتيكّا، وهارديز، وفريش فيش هوم، وفيش آند شيبس، ودجـاج روسترز اللذيييييذ. واحتـرنا نايت فى واحد من دول واللا فى بون آبيـتى ريستوران، المهم رسـيت على أوردر كويك ديليشوس تيك اواى مع شوية هامبورجر وهوت دوجز ومينيرال ووتر وسوفت درينكس، وسويت من سويت هاوس معظمه ميل فيى، وملينا الهاندباجات.

وبعد الميل قلنا نعمل إنترتينمينت مع شوية صـياعة، رحنا ديسكو هول، ودا أوف كورس فيه ميوزيك باند، بالنهار تعمل لايت ميزيك وبالليل مـيتال ميوزيك. ومن بين المسرحيات اللى ممكن نسيها، احترنا بيتوين آى آند يـو حنجننوه وبيتوين بودى جارد، واخترنا بودى جارد بيكوز آى آند يو حنجننوه نص نيمها بالعربى والعياذ بالله.

والسبورتس ما نسيناهاش، رحنا على جولف سيتى، ولعبنا فوت بول، وباسكيت بول، وفولى بول، وووتر بول.

باى ذا ويى، إحنا ما نسيناش نفيزيت بيراميدز بوك سنتر، وهناك كان فيه سيربرايز وكلنا قلنا واو، بكوز وى ميت المسـتر بتاع الماث، رمـز الديبريشن، وكـان متنشن آز يوزوال، إنما كان مـعاه الميس بتاع السباينس، وهى لوفلى وفيـرى نايس، والاثنين ريماند يد مى بالهوم ويرك. وبيتوين أس زرنا كمبيوتر سنتر على زوقنا، وعلى الإنترنيت شوفنا سايتز عليها ماتيريال ثقافية أنبيليفابل.

سى يو نيكست ويك إند، مان، فى اللونج بيتش أور فى مارينا، ونهيّص ع البلاجات، ونسهر فى النايت كلوبس والسينيمات والحفلات اللى مليانة ستارز، ونهاف انايس تايم.

انتهى الخطاب

أكرر... اللهم لا حول ولا قوة إلا بالله العلى العظيم...

[٧] الشخصية المصرية
«موضوع يهم ضابط الشرطة»(*)

مقدمة:

من طبيعة عمل ضابط الشرطة التعامل مع جميع المواطنين من أفراد الشعب، الصالح منهم والطالح. ويحتاج ضابط الشرطة إلى دراسة وفهم القاسم المشترك الأعظم بين شخصيات من يتعامل معهم من المواطنين المصريين، أي القدر المشترك بين شخصيات المصريين، وهذا ما يقصد به «الشخصية المصرية».

ودراسة «الشخصية المصرية» أو الطابع القومى للشخصية المصرية، أو شخصية الشعب المصرى، فى الشارع المصرى، تهم كل من يهمه أمن وسلامة وتنمية مصر «الوطن» ومصر «المواطن»، حتى يسهل التفاعل الاجتماعى ويتحسن التعامل مع المواطن المصرى، وحتى يزداد حبنا لمصر وللمصريين.

وهذه الدراسة تتناول شخصية مصر «المواطن» التى يغلب عليها الطابع النفسى الاجتماعى، بخلاف شخصية مصر «الوطن» التى يغلب عليها الطابع الجغرافى.

وتقتصر الدراسة على شخصية الإنسان المصرى، أو الذات المصرية، وتحديد السمات الرئيسة للشخصية المصرية.

ويقصد بالشخصية المصرية: جملة السمات النفسية والاجتماعية والحضارية (المكتسبة) السائدة للشعب المصرى، التى تتسم بثبات واستقرار نسبى، وتميزه عن غيره من الشعوب.

ويلاحظ أن سمات الشخصية المصرية تشترك مع شخصيات قومية أخرى،ولكنها فى المجتمع المصرى تتميز بمميزات خاصة وشكل خاص ودرجة خاصة.

والشخصية المصرية تعتبر بحق أبرز الشخصيات القومية، وليس أدل على ذلك من أن مصر قد كرمها الله عز وجل بذكرها مرات فى القرآن الكريم حيث قال تعالى: ﴿وَأَوْحَيْنَا إِلَىٰ مُوسَىٰ وَأَخِيهِ أَن تَبَوَّءَا لِقَوْمِكُمَا بِمِصْرَ بُيُوتًا...﴾ [يونس: ٨٧]، وقال تعالى: ﴿وَقَالَ الَّذِى اشْتَرَاهُ مِن مِّصْرَ لامْرَأَتِهِ أَكْرِمِى مَثْوَاهُ...﴾ [يوسف : ٢١]، وقال تعالى: ﴿... ادْخُلُوا مِصْرَ إِن شَاءَ اللَّهُ آمِنِينَ﴾ [يوسف:٩٩]، وقال تعالى: ﴿وَنَادَىٰ فِرْعَوْنُ فِى قَوْمِهِ قَالَ يَا قَوْمِ أَلَيْسَ لِى مُلْكُ مِصْرَ...﴾ [الزخرف:٥١]. و مصر هى البلد التى خصص لها علم قائم بذاته «علم المصريات

(*) مجلة كلية التدريب والتنمية، أكاديمية مبارك للأمن، عدد ٦ (٢٠٠٢). ص ٢٢٩ ـ ٢٥١.

«Egyptology» وهناك علوم أخرى تختص بجزئيات من خصائص هذه الشخصية المتميزة مثل « علم الأهرامات «Pyramidology» ... وهكذا.

وليس غريبا أن يقال: «مصر أم الدنيا». ولله در القائل: «لو لم أولد مصرياً، لوددت أن أكون مصريا».

جذور الشخصية المصرية:

للشخصية المصرية جذور جغرافية، وتاريخية، وثقافية، واجتماعية، وسياسية، واستراتيجية، ونفسية. فقد عاش الشعب المصرى ونما وتطور فى بيئة مادية وبشرية خاصة عبر تاريخ طويل متصل. ولا يتسع الحيز المتاح إلا لإشارات وجيزة لجذور الشخصية المصرية.

جغرافياً:

مصر هى قلب العالم، وحلقة الاتصال بين الشرق والغرب، والشمال والجنوب. ومناخ مصر متجانس فى مجموعه، معتدل لا يعرف الشدة فى الحرارة أو البرودة، ويدعو إلى السكينة والهدوء. وتتميز مصر فى جملتها بالتجانس والتكامل الطبيعى والتجانس والتكامل البشرى والعمرانى والحضارى، حيث يسكن الشعب المصرى الوادى الخصيب. وتجمع مصر بين الزراعة والصناعة والتجارة. والمصريون شديدو الارتباط بالأرض. ومن البيئة الجغرافية، نشأت الذات المصرية متجانسة الطابع، وتحلت الشخصية المصرية بسمات الاعتدال والتوازن.

تاريخياً:

مصر هى التاريخ. ومصر هى مهد الحضارة منذ فجر التاريخ. والذى يراجع تاريخ مصر الفرعونية يجد أنها هى التى أنجبت أعظم حكام العالم، وقدمت أول حضاراته. ومصر العريقة عظيمة منذ نبت على أرضها موسى عليه السلام. ومصر المسيحية مباركة منذ شرف أرضها عيسى عليه السلام. ومصر الإسلامية مؤمنة منذ دخلها الإسلام. ومصر الخالدة عربية منذ أن هاجر إليها العرب فى صدر الإسلام. ومصر سباقة حضارياً، صدرت الحضارة إلى كل أرجاء العالم. ويتمسك المصرى بمصريته القديمة العريقة ومجده التليد وتاريخه المشرف المتطور. ومصرتاريخياً لها طابعها المتميز. ومن المعروف أن نمط آثارالحضارة المصرية يسهل التعرف عليه من الوهلة الأولى بين آثار حضارات الأمم الأخرى. ويلاحظ أن مصر تقلبت بين السبق الحضارى والتخلف فى بعض المظاهر، تقلبت بين تصدير الحضارة فى الماضى واستيرادها فى الحاضر. والمصرى المعاصر جماع الماضى والحاضر. والطابع القومى للشخصية المصرية فرعونى بالجد عربى بالأب.

ثقافياً:

مصر وحدة ثقافية. فهى وحدة لغوية، ووحدة عادات وتقاليد، ويعبر عن ذلك الفنون الشعبية والآداب، وفن العمارة الذى يجمع المعابد والمآذن والمسلات والأبراج، ويعبر عن ذلك أيضاً الأدب الشعبى من مأثورات تتسم بالصدق والحكمة، ومن موسيقى تتسم بالعذوبة والرقة. وتظهر ملامح الشخصية المصرية فى المأثورات الشعبية والأمثال العامية بشكل واضح. فالأمثال الشعبية تعتبر بمثابة الأقلام التى ترسم ملامح الشخصية المصرية. وتتكامل الثقافة المصرية فى تناسق مع الثقافة العربية بشكل واضح. وتظهر فى مصر كل من الوطنية المصرية والقومية العربية. ويتضح فى مصر كل من التأصيل والتحديث.

اجتماعياً:

الأسرة فى مصر هى الوحدة الاجتماعية الأساسية البسيطة سواء الأسرة النووية أو الممتدة، تنظمها معايير وقيم اجتماعية راسخة. ومصر كثافة بلا هجرة، حيث يتمركز الشعب المصرى فى وادى النهر الخالد، ويرتبط به أشد الارتباط. ومصرمركزية رغم الامتداد. مركزية فى العاصمة، حيث كل الوزارات والمصالح، وحيث تتركز فى يد الحكومة وموظفيها كل مقاليد الأمور. ولقد شهد تاريخ مصر الاجتماعى الطغيان الفرعونى، وامتد حتى شهد الثورة الاشتراكية، وما بينهما، وتطور إلى ما بعدهما فى تغيراجتماعى، مما أثر فى التركيب الاجتماعى للمجتمع المصرى.

سياسياً:

يسجل التاريخ أن فى مصر قامت أول حكومة عرفها العالم. ومصر (المحروسة) وحدة سياسية ذات كيان متميز. ويلاحظ أن مصر تقلبت من إمبراطورية إلى مستعمرة (فحيث يوجد الكنز يكثر اللصوص). وتقلبت مصر كذلك بين السيادة والتبعية، وبين الانحياز وعدمه.

استراتيجياً:

تتمتع مصر بميزة الموقع، الذى جعل منها قوة براً وبحراً وجواً. وفى نفس الوقت تلاحظ جناية الموقع على مصرالواقعة فى مفترق الطرق، حيث جعل منها مطمعاً لكل من هب ودب من الشرق أو الغرب. ولكن مصر كانت دائماً مقبرة الغزاة.

نفسياً:

مصر هبة النيل وهبة المصريين. ومصر وحدة نفسية. والنيل هو ضابط إيقاع السلوك. والمصريون صانعو الحضارة المصرية العملاقة بكل مظاهرها. والإنسان المصرى متحضر أساساً،

وهو إنسان أصيل عريق متمدين، يعطر ماضيه حاضره، ويمنحه الثقة فى مستقبله. وعلى الرغم من هذا، يلاحظ ظهور سلوكيات ناتجة عن بعض الحرمانات والإحباطات والصراعات، والتقلب بين الإشباع والحرمان، وبين المسايرة والمغايرة، وبين الانضباط والتسيب، وبين الانتماء والاغتراب.

سمات الشخصية المصرية: (الإيجابية والبينية والسلبية)

تغلب على الشخصية المصرية السمات أو الخصائص الإيجابية (التى يعبر عنها سلوك إيجابى)، وهى سمات تعتبرنقاط قوة يجب العمل على تدعيمها وتنميتها.

وللشخصية المصرية سمات بينية (تجمع بين الإيجابية والسلبية)، فقد تكون إيجابية فى الظاهر، سلبية فى الباطن، وقد تكون إيجابية فى إطار سلوكى، وسلبية فى إطار سلوكى آخر. وهذه السمات بصفة خاصة تعتبر نقاط قوة ونقاط ضعف فى آن واحد، ويجب العمل على ترجيح جوانبها الإيجابية، والاستفادة منها فى تحسين السلوك بصفةعامة.

وللشخصية المصرية كذلك بعض السمات السلبية، وهى سمات تعتبر نقاط ضعف، ويجب العمل على التخلص منها بالقضاء على أسبابها ومظاهرها (مهما استحسن بعضها بعض المنتفعين بها والمستغلين لها فى الداخل أو الخارج) حتى يتحسن السلوك وتتحقق التنمية.

وفيما يلى سمات الشخصية المصرية، فى تدرج بين الإيجابية والبينية والسلبية.

التدين:

التدين سمة مصرية أصيلة. وقد أعطى التدين المصريين قوة وصلابة عبر العصور. والمصريون أكثر شعوب الأرض تديناً. وتتغلغل العقيدة الدينية فى نفوس المصريين على مر العصور. وتمتد جذور التدين فى أعماق مصر القديمة. وقبل الأديان عرف التوحيد فى مصر القديمة فى عهد إخناتون. ولقد استغرق الدين حياة المصريين القدماء. وكانت فنونهم وآدابهم وعلومهم مرتبطة بالدين، متعلقة بالبعث والحياة الآخرة، فاهتموا بالمعابد والمقابر والأهرام. وفى مصر عبرالعصور التالية نمت اليهودية، وانتشرت المسيحية وتوطدت الرهبنة، وازدهر الإسلام وتأصلت الصوفية، وعلت كلمة الإسلام من الأزهر الشريف. وتتضح لدى المصريين النزعة الروحية، فمصر هى التى آوت اليهودى والمسيحى والمسلم تحت قبة الحب والتسامح والوحدة الوطنية. وتتجلى سمة التدين فى حرص المصريين على أداء الفرائض. ويقول المثل: «اللى ما يصوم ويصلى رزقه يولى». وتتضح سمة التدين فى كلام المصريين فى حياتهم اليومية وبيعهم وشرائهم الذى لا يخلو معظمه من لفظ الجلالة والرسول (باسم الله ، إن شاء الله ، الحمد لله، ما شاء الله، أستغفر الله، لا إله إلا

الله، والله العظيم، صلى على النبى .. إلخ). ويقول المثل: «اللى أوله باسم الله، آخره الحمد لله». ونسمع كثيراً: «موسى نبى، وعيسى نبى، ومحمد نبى،وكل من له نبى يصلى عليه». انظر إلى رمضان فى مصر. إنه رمضان كل بلد إسلامى، ولكنه فى مصر له لون خاص جداً. ويلاحظ اكتظاظ القاهرة بالمساجد والمآذن وأبراج الكنائس وبعض المعابد. ويشاهد الاهتمام بالمناسبات الدينية والموالد، بدءا من مولد الرسول عليه الصلاة والسلام إلى موالد أهل البيت، والأولياء والمشايخ، وأعياد الأقباط. ويلاحظ أن من العادات الشائعة لدى المصريين وضع المصاحف فى السيارات، وكتاباتهم عليها مثل: «سيرى بأمر الله». وتظهر سمة التدين فى أسماءالمصريين «عبدالله،وسائر أسماء الله الحسنى، وأسماء الأنبياء والرسل، وخاصة محمد ﷺ، وموسى وعيسى عليهما السلام».

الصبر:

الصبر سمة تلتصق بشدة بالإنسان المصرى بعامة، والفلاح المصرى بخاصة. فالإنسان المصرى يتسم بالجلد وقوة التحمل، وخاصة تحمل الألم، ويعرف بالمثابرة والكد وعدم اليأس وخاصة فى العمل. ويحرص على التأنى فى حل المشكلات . وتقول الأمثال: «الصبر مفتاح الفرج» و«الصبر أحسن دوا» و«الصبر طيب وجميل» و«الصبر خير» و«طولة البال تهد الجبال» و«طولة البال تبلغ الأمل» و«فى التأنى السلامة، وفى العجلة الندامة».

خفة الظل:

الشعب المصرى مشهور بخفة الظل وخفة الروح، وحبه للترفيه والتسلية وحسن المؤانسة، للتخفف من حدة مصاعب الحياة والحد من توتراتها.ولذلك فمن أبرز صفاته: المرح والفرح والصفاء وروح الفكاهة والدعابة أو البشاشة وحضور البديهة والابتسام وحب الضحك والمزاح والسخرية والتهكم والهزل وحب النوادر (مثل نوادر جحا). ومن أشكال الفكاهة المصرية: الشعر الفكاهى (الشعر الحلمنتيشى الساخر). والمصرى المعاصر يفضل الكوميديا على التراجيديا، ويفضل أن تطلع عليه كل صباح مجلة فكاهية مثل «: البعكوكة»، وأن يكون اليوم كله «٢٤ ساعة لقلبك». والمصرى معروف أنه «ابن نكتة» ضاحك، مشرق الوجه، لبق، بارع الحديث، ذو حس جمالى، ذواق، خصب الخيال. ومن أشيع النكت: النكت السياسية (وخاصة النقد والتهكم والهجاء)، والنكت الجنسية.

الوطنية:

يتصف المصرى بالوطنية والفداء والتضحية بكل ما يملك لحماية أمنه وعرضه وعقيدته،

وخاصة عندما يكون هناك ما يهدد أمنه أو يعتدى على حرماته، خاصة وأن مصر كانت ـ وما تزال ـ تجذب أنظار الطامعين. والأمثلة كثيرة منذ طرد الهكسوس، ومواجهة الحملة الفرنسية، ومناهضة الغزو الإنجليزى، ودحر العدوان الثلاثى. وخير مثال حديث، نصر أكتوبر ١٩٧٣. ولقد وصف الرسول ﷺ جنود مصر بأنهم «خير أجناد الأرض». ويعتز المصرى الأصيل بوطنه و أرضه ولا يفرط فيها، ويعتز بإنتاج بلده «البلدى» ويفضله على غيره، وتجده ينادى على بضاعته قائلاً: «البلدى يؤكل».

الكرم:

الشعب المصرى كريم مضياف معطاء، جواد بماله وعلمه. والمصرى كريم يعطى أكثر مما يأخذ. وهو كريم فى بيته وببذخ، وهو كريم حتى فى مكان العمل حيث يقدم التحية فى المكاتب والورش. وتقول الأمثال: «لقمة هنية تكفى ميه» و«اللى ياكل لوحده يزور» و «جحر ديب يساع ميت حبيب» و«بيت المحسن عمار» و«أجود من الذهب من يجود بالذهب» و«حبيب ماله حبيب ماله وعدو ماله عدو ماله». ولقد ساعد على الكرم البيئة المصرية الغنية الفياضة بالخير وبإنتاجها المادى والفكرى والخلقى. ومصر مشهورة بسعة صدرها وإكرامها للوافدين عليها. وتعطى مصر بكرم وإنكار للذات لأشقائها العرب والأفارقة. وهى لهم جميعاً مركز إشعاع دينى وعلمى وأدبى وفنى.

الكرامة:

يحرص المصرى على المحافظة على الكرامة والذود عن الحرمة. وقد ظهر هذا فى مقاومة المصريين لكل معتد أثيم، كما حدث مع نابليون وجيوشه، ولويس ملك فرنسا الذى أسر فى المنصورة، وجيوش العدوان الثلاثى التى دحرت فى بورسعيد، وجيش إسرائيل الذى قهر فى معركة العبور. وتقول الأمثال: «اللى رشنا بالميه نرشه بالدم» و«ألف ذقن ولا ذقنى». وتتضح الكرامة فى حرص المصرى على العزة. وتقول الأمثال: «النفس عزيزة وإذا شح زادها» و«اللى يمد رجله ما يمدش إيده». ويحافظ المصرى على شرفه ويخاف عليه. ويقول المثل: «العار أطول من العمر». ويحرص المصرى على العفة. ويقول المثل: «عفها ما تاكل إلا نصيبها» ويهتم المصرى بصيانة العرض والحياة ويخاف من الفضيحة. ويقول المثل: «اللى ما يستحى يفعل ما يشتهى». ويصون المصرى كرامته فى «صلابة» حين يواجه الصعاب،وحين يواجه الظلم والطغيان، وحين يواجه الأعداء.

الاجتماعية:

الاجتماعية تعنى «العشرية». والمصرى اجتماعى «عشرى» يحرص على التفاعل مع الناس فى السراء والضراء، ويعمل فى تعاون على حل مشكلاتهم، وعقد علاقات اجتماعية تسودها البساطة والقيم الاجتماعية، وخاصة مع الجيران . وتقول الأمثال: «العشرة ما تهونش إلا على ابن الحرام»و«خذ لك فى كل خطوة صديق ولا فى كل بلد عدو» و«اختار الجار قبل الدار»و« الجار وإن جار» و«النبى وصى على سابع جار» . وانظر إلى القرية المصرية والمناسبات فيها، ففى مناسبات الفرح، تجد النقوط ييسر كل شئ على الزوجين مثلاً، وفى مناسبات الحزن، تجد الجميع يقدم موائد الطعام ويضيف الضيوف.

الأسرية:

من الخصائص المصرية «الأسرية» أى حب الأسرة والأسلاف، والحفاظ على العائلة، وصلة الرحم. ومعروف عن المصريين أيضا حب الإنجاب. ويرى البعض أن لعبة الجنس رياضة وطنية، وأن إنتاج الأولاد هو أعلى معدلات الإنتاج، ومن ثم لا تأتى جهود تنظيم الأسرة بنتائج تذكر. ومنذ أكثر من ستة وأربعين قرناً، كانت وصاياً بتاح حتب تحث المصريين على الاهتمام بالأسرة، وزاد ذلك الإسلام دعماً، والعصر الحديث فهما. تقول الأمثال: «اللى ما لوش خير فى أهله، مالوش خير فى الناس» و«احترم أبوك ولو كان صعلوك» و«اللى خلف ما ماتش».

التعاون:

يتضح التعاون فى التضامن والتكتل، وخاصة بين الأهل والجيرة، ويشاهد ذلك فى كثير من مناشط الحياة اليومية. وتقول الأمثال: «الناس بالناس والكل على الله» و«القفة أم ودنين يشيلوها اثنين » و«إيد على إيد تقرب البعيد» و«إيد على إيد تكيد» و«إيد واحدة ما تسقفش» و« البركة فى كتر الأيادى».

الاعتدال:

تمثل سمة الاعتدال نقطة الوسط والارتكاز فى الشخصية المصرية. ويقصد بالاعتدال التوسط، أو الحد الأوسط، أوالوسط الذهبى، حيث يتم الجمع بين أطراف السلوك فى تركيب جديد معتدل، دون تطرف. وتعتبر مصر المسلمة، أمة وسطاً، يؤمن شعبها بأن «خير الأمور الوسط». ويقول المثل: «الشئ إذا زاد عن حده، انقلب إلى ضده».

التوازن:

التوازن أو الاتزان هو الوجه الآخر للاعتدال. ويعبر التوازن عن النضج والقدرة على التوافق

والتأليف بين الأطراف وبين القديم والجديد وبين الشرقى والغربى. وانظر كيف يعيش الماضى فى حاضر مصر فى ألفة متميزة. ومن مظاهر التوازن أن المصرى عامل عابد. ويقول المثل: «العمل عبادة» والمصرى أيضا مادى روحانى، يعمل للدنيا والدين.

الطيبة:

تضم الطيبة عدداً من السمات الفرعية مثل: البساطة والواقعية، والمسالمة، والتسامح. والمصرى إنسان طيب، يتسم بدماثة الخلق والتواضع. ويلاحظ فى سلوك المصريين البساطة والوضوح والبعد عن الالتواء والتعقيد. والإنسان المصرى واقعى فى حياته اليومية، يحترم الواقع ويلتصق به، ولا ينفصل عنه، يواجهه ولا يهرب منه. والمصرى مسالم وديع هادئ ودود، يبتعد عن العنف والقسوة الدموية، ويتجنب الصدام، ويؤثر السلامة والسلام على الصراع والحرب، ويجنح للسلم، ولا ينزع للعدوان، ويكفيه من الحق المسلوب استرداده.ويتحلى المصرى بالتسامح والسماحة، وعدم التعصب، والبعد عن العنصرية، وخير مثال هو التسامح الدينى. وتقول الأمثال: «أهل السماح ملاح» و«اقبل عذر اللى يجى لك لحد باب الدار» و«من دخل بيتك جاب الحق عليك».

القدرية:

يؤمن الشعب المصرى بالقضاء والقدر والغيبيات. ويتضح ذلك فى سلوكه فى الحياة اليومية. ولكن يلاحظ أن الأمر قد يصل إلى إلقاء كل تبعات السلوك على القدر، بما فى ذلك ما يقع فى إطار مسئولية الإنسان نفسه. وتقول الأمثال: «الحذر ما يمنعش القدر» و«أنت تريد وأنا أريد والله يفعل ما يريد» و«كل شئ قسمة ونصيب» و «اللى منه هل بت عنه» و«المكتوب ما منوش مهروب». ويقول الموال المصرى:

اللى انكتب ع الجبين لازم تشوفه العين
وعدك ومكتوب لك يا قلبى كان مخبى فين
مادام كدا قسمتك بختك أجيبه منين
سلم أمورك يا قلبى وامتثل لله
واللى انكتب ع الجبين لازم تشوفه العين

القناعة:

يتميز الإنسان المصرى بالقناعة والرضا بالمقسوم مع اطمئنان النفس وسكينتها واستقرارها. وتقول الأمثال: «القناعة كتر لا يفنى» و«القناعة مال وبضاعة» و«استقنع بالقليل يأتيك الكثير»

و«من رضى بقليله عاش» و«بخمسة قهوة تقضى الشهوة» و«الطمع يقل ما جمع» و« من طلب الزيادة وقع فى النقصان». ولقد كانت القناعة فى العصور القديمة وصدر الإسلام مصدر إيجابية، إلا أنها فى عهود التبعية السياسية وفى ظل الإقطاع، كانت سبيلاً إلى السلب والضغط حتى يقنع المصرى بأقل القليل ويبيت حامداً شاكراً.

المحافظة:

يلاحظ على سلوك المصريين المحافظة على القديم وعلى التراث والتقاليد والموروثات، والبعد عن التجديد، وعدم الإقبال على التجديد بسهولة، بل والخوف منه.ومن ثم ظلت بعض مظاهر الحياة على ما كانت عليه، لم تتغير منذ قرون، لا تتطور، ولا تساير التحديث، ولا تواكب العصرية إلا ببطء. وتقول الأمثال: «من فات قديمه تاه» و« اللى تعرفه أحسن من اللى ما تعرفوش». ويدافع البعض عن سمة المحافظة لأنها تؤدى إلى الاستقرار. ويرى البعض أن المحافظة ترادف الجمود. وتتضح المحافظة والجمود فى الروتين الحكومى والبيروقراطية، ونظام التعليم الراكد. فعلى مدى أجيال تدرس نفس الموضوعات، وتضرب نفس الأمثلة. ومن منا لا يعرف بيت الشعر العتيق القائل:

مكَرّ مفَرّ مقْبلٍ مدْبرٍ معاً   كجُلمود صخْرٍ حطه السيْل من عَلِ

وتتجلى المحافظة فى وجود معظم الأدوات الزراعية فى الريف منذ عهد الفراعنة. وقد تصل المحافظة إلى درجة التصلب والجمود، وتقديس العادات، ومقاومة التغير، وهذا جانب سلبى . انظر إلى إحياء المصريين لذكرى الأربعين، وتمسّكهم بعادات الصبحية والنقوط والسبوع . وتأمل احتفالهم بالمناسبات الدينية (عمال على بطال) فى شكل أقرب ما يكون إلى البدع. وفى نفس الوقت يلاحظ التذبذب بين السلفية والمعاصرة وبين التقليد والتجديد والتعايش بين القديم والجديد فى آن واحد، حتى ليبدو الحال متناقضاً، ويجعل البعض يقول إن «مصر بلد المتناقضات».

الانفرادية:

يميل المصرى إلى الاطمئنان إلى العمل الفردي، على الرغم من أنه لا ينكر أهمية العمل الجماعى التعاونى، وخاصة فى الريف، ولكنه يؤثر العمل الفردي ويفضله على العمل الجماعى، وخاصة فى الحضر. و يقول المثل: «أعمل حاجتى بإيدى، ولا أقول للعبد يا سيدى» . وحين تغلب الفردية فإن كل فرد يبدو وكأن عليه أن يحارب معركته فى الحياة بمفرده. ولكن هذا يفتت

المجتمع ويضعف الصلات بين أفراده، وينقص القدرة على القيام بأنماط السلوك الجماعى المطلوب. ويعبرعن ذلك أنه إذا أريد تعطيل شئ فإنه يحال إلى لجنة. ويلاحظ أن الانفرادية تتضمن بعض الميل إلى الأنانية. ويقول المثل: «بعد راسى ما طلعت شمس»

المظهرية:

يقصد بالمظهرية، الاهتمام بالظاهر وإهمال الباطن، والاهتمام الزائد بالشكليات والمظاهر، وإهمال الجوهر والمضمون. وتتجلى المظهرية فى ظهور كبار القوم وإحاطتهم بهالة من التبجيل والهيبة. وتتضمن المظهرية إخفاء العيوب والتستر على الحقيقة إذا كانت سيئة. ومن أشكال المظهرية كذلك حب التباهى والتفاخر بالأصل والتاريخ. ونسمع المصريين يرددون كثيراً أن مصر أرض الحضارات ومهبط الديانات، وأن الاسكندرية منارة العلم...إلخ. وتقول الأمثال: «من بره هالله هالله ومن جوه يعلم الله »و«كبر الكوم ولا شماتة العدا» و«لولاك يا كمى ما اكلت يافمى».

تأكيد الذات:

يتضمن تأكيد الذات ، التمركز حول الذات والمبالغة فى ذلك، و التفاخر، وإظهار القدرة الفائقة وإمكان التحكم فى الأمور. وعند وصف الذات، تجد المصريين يضيفون إلى أسمائهم ومهنهم صفات تحمل فى معناها تأكيد الذات، مثل: (معلم قد الدنيا، ضابط قد الدنيا ، جزار قد الدنيا ...إلخ). وقد يصل الحال إلى تضخيم الذات، وعدم الاعتراف بالخطأ أو الفشل، والتهكم على الغير، والتقليل من قدر الآخرين والكذب والتزييف، حيث يعتقد الفرد أنه هو وحده الذى يفهم ويعلم بواطن الأمور. وهذا هو الجانب السلبى للمبالغة فى تأكيد الذات . وتقول الأمثال: «يا أرض اشتدى ما عليك قدى» و«ما يعجبه العجب ولا الصيام فى رجب».

الفهلوية:

يركز البعض على سمة الفهلوية . وتتسم «الشخصية الفهلوية» فى حد ذاتها بسمات عديدة فرعية. فمن السمات الفرعية للشخصية الفهلوية: التوافق السريع لمختلف المواقف والتصرف المناسب وفقاً لمقتضى الحال، والمرونة والفطنة فى المواقف الاجتماعية، والمرغوبية حيث الاستجابة بما هو مرغوب، والإفتاء دون معرفة، والتصرف .ويقول المثل : «يعمل من الجلة كرملة، ومن الفسيخ شربات» . والفهلوى يجيد المداراة، والمسايرة السطحية (الضحك على الذقون)، واللفظية دون فعل، وتغطية الموقف إذا تأزمت الأمور، والمجاملة العابرة، حيث مع كل سلوك مجاملة (حرماً، نعيماً ، هنيئاً، شفيتم، ...إلخ)، وحين التخاطب تسمع «سيد الكل » و «ست الكل» و«أستاذ الأساتذة»...إلخ. ويتقن الفهلوى تورية المشاعر الحقيقية ، مما لا يعنى الارتباط الحقيقى بما

يقوله أو بما قد يقوم به من سلوك. ويقول المثل: «اللى فى القلب فى القلب». ويجيد الفهلوى النكتة المواتية والتهكم والسخرية عند اللزوم. ومن سمات الشخصية الفهلوية، الانتهازية والوصول بأقصر الطرق وأسرعها إلى الهدف، وأحيانا عدم الاعتراف بالمسالك الطبيعية . وتقول الأمثال: «اللى تغلب به العب به» و«اتمسكن لما تتمكن» و«حلال أكلناه، حرام أكلناه» و«سيدنا موسى مات ، ناشف طرى هات» . ويلجأ الفهلوى إلى حيل دفاعية مثل الإسقاط الذى يتضح فى إسقاط العيوب خارج نطاق الذات، فالطالب الذى يرسب يلوم الحظ والمعلم والأسئلة الصعبة. ومن حيله الدفاعية أيضا الإزاحة، وتتضح فى إزاحة المسئولية على الآخرين والزمن والحكومة. ومنها أيضاً التبرير، ويلاحظ فى تبرير الوقوع فى مواقف محرجة أو تقصير فى المسئوليات الاجتماعية، والتصرف السريع لإخفاء العيوب والفشل والنقائص للمحافظة على ماء الوجه.

الجدعنة:

الجَدْعَنَة: سمة مركبة تتضمن الشهامة، والرجولة، والشجاعة، والإيمان بالعمل، والتعاون، والصداقة، والود. ويوصف الشخص «الجدع» بأنه «ابن بلد» يعرف الأصول، ويساير سلوكه العرف والعادات والتقاليد المصرية الأصيلة . ويوصف الجدع بأنه «ذوق» حميد الأخلاق عنده «نخوة». وتقول الأمثال : «تراب العمل ولا زعفران البطالة» و«اليد البطالة نجسة».

التواكلية:

التواكلية أو الاتكالية لا تعنى التوكل على الله (ونعم بالله) ، ولكنها تعنى الاعتماد على الآخرين، ونقص القدرة على الاستقلال فى الرأى، والارتكان على الحظ والبخت. وتتضمن التواكلية الاستخفاف بالصعاب وسوء تقدير مغبتها، ونقص المبادأة، وعدم بذل الجهد الكافى. وترتبط التواكلية بالكسل والتكاسل، وهى تخفض مستوى الطموح، وتكسر الحماس، وتقتل الابتكار، وتؤدى إلى خمول وسبات اجتماعى . ومن ثم كانت الدعوة إلى «الصحوة الكبرى». وتقول الأمثال: «الله بيرزق الواقف والقاعد والمتكى على جنبه» و«اجرى جرى الوحوش غير رزقك ما تحوش » و«قيراط حظ ولا فدان شطارة» و«السعد وعد».

الانفعالية:

تعنى الانفعالية المبالغة فى التعبير الانفعالى عن المشاعر، سواء فى الفرح أوالحزن أو الخوف. والإنسان المصرى يتسرع فى إصدار الأحكام، ويحتكم للعواطف الذاتية فى حل المشكلات، ويبدو عليه التقلب وعدم ضبط المشاعر، نجده يتحمس حماساً مفاجئاً فيقدم على الأمر مستهيناً بالصعاب فى أول الطريق، ثم لا يلبث الحماس أن يخبو وينطفئ.ويميل المصريون إلى الحزن،

ويتضح ذلك فى الأساليب التى تتبع فى مناسبات الحزن المتتالية كالمأتم والخميس والأربعين والذكرى السنوية... إلخ. ويتضح الحزن فى المواويل الحزينة. وتجده وكأنه «يدق الحزن وينخله»، وحتى إذا ضحك كثيراً ، يقول : «اللهم اجعله خير». ويقول المثل: «الوش مزين والقلب حزين» . والمصرى يخاف المستقبل المخبأ. وتجده يدعو دائماً : «اللهم اجعل المخبى لطيف» و«الله يكفينا شر المخبى» وتقول الأمثال: «من خاف سلم» و«مطرح ما تآمن خاف» و«الخوف يربى الجوف».

الارتجالية:

تتضمن الارتجالية: السطحية وإهمال التخطيط، ومعالجة المشكلات دون دراسة للمتغيرات ، ودون وضع استراتيجيات واضحة قابلة للتنفيذ، ويدعى المصرى فهم كل شئ، وغالباً ما نجده يحاول إصلاح كهرباء البيت وأجهزته المنزلية وأعطال السيارة. وأمثلة الارتجال فى الشارع المصرى كثيرة، حيث يشاهد رصف طريق اليوم ثم حفره بعد أيام على يد رجال الصرف الصحى ، ثم رصفه، ثم حفره بيد رجال الكهرباء ثم رصفه، ثم حفره بواسطة رجال التليفونات، ثم رصفه،ثم حفره بو اسطة رجال الغاز الطبيعى... وهكذا. ومن أخطر أمثلة الارتجالية توزيع القوى العاملة عشوائياً على غير ما أعدت له من أعمال. ففى مجال التعليم مثلاً نجد معلمين غير متخصصين فى التربية والتعليم (فائض خريجين)، ونجد معلم الجغرافيا يعلم اللغة الإنجليزية، ومعلم الفلسفة يعلم اللغة الفرنسية، وبعد قليل يدعى هؤلاء أنهم أهل تخصص. ويقول المثل : «اتعلم آيتين ، ادعى أنه مقرئ». وهكذا يكاد يصدق على المصرى أنه «بتاع كله».

اللامبالاة:

تتضمن اللامبالاة الهروب من الواقع والأحداث المحيطة إلى داخل الذات، وإيثار السلامة فى معظم الأنشطة السلوكية، وتجنب تحمل المسئوليات، وخاصة فى مناخ التسلط والاستبداد، ومع الشعور بأن ما يصرف شئونه قوى خارجية خارجة عن قدرته وسيطرته. وتبدو اللامبالاة و«الأنامالية» (الإرادية) كمظهر من مظاهر الاغتراب ، فهى تتضمن الاحتجاج الهادئ والرفض الصامت. ويبدو الإنسان وكأنه «لا له فى الثور ولا فى الطحين» و«ودن من طين وودن من عجين»، ويبدو وكأن لسان حاله يقول: «خلينا نعيش » و«اللى يدق يتعب». وهذا ما جعل الدعوة إلى «الانتماء» و البعد عن «الاغتراب» ، دعوة لها ما يبررها.

السلبية:

السلبية سمة لا تواكب الإيقاع السريع للتغير الاجتماعى المعاصر،وتتضمن نقص المبادأة وضعف الهمة، والعزوف عن الاستجابة بطريقة إيجابية لمثيرات البيئة، والإحجام عن تغيير الواقع

الذى يرفضة الإنسان، وخاصة إذا تعرض لخبرات إحباط كثيرة. وتتضمن السلبية بعض الشعور بالنقص والعجز والانسحاب، ونقص الاهتمام بأمور الآخرين. ويقول المثل: «أردب ما هو لك ما تحضر كيله ، تتغبر دقنك وتتعب فى شيله».

الطاعة:

ترتبط الطاعة أساسا بالرعاة وأولى الأمر. والمقصود هنا الطاعة التى لا يصاحبها حتى الاستفسار، والتى قد تصل إلى الخضوع والخنوع والشعور بالتبعية، والرضوخ للأمر الواقع. ومن أبرز مظاهر الطاعة «تقديس السلطة». ويرجع هذا السلوك إلى عصر الفراعنة ، حين قدسوا الحاكم الفرعون فـأله نفسه وعبدوه، ثم تخففوا من تأليهه، وتطور الحال إلى عبودية سياسية وقهر سياسى وطاعة مطلقة لحكمة الحاكم المطلق . قال الله تعالى عن فرعون مصر: ﴿فَحَشَرَ فَنَادَىٰ * فَقَالَ أَنَا رَبُّكُمُ الأَعْلَىٰ﴾ [النازعات : ٢٣ ـ ٢٤] . وتقول الأمثال: «يا فرعون إيه فرعنك؟ قال موش لاقى حد يردنى» و«إن عبدوا العجل ، حش وارمى له» و« ارقص للقرد فى دولته». ويرتبط بتقديس السلطة «النفاق». ويقول المثل: «اللى يتجوز أمى أقول له يا عمى». ويلاحظ أنه فى العصر الإسلامى تحولت الطاعة المطلقة إلى ولاء، ولا طاعة فى معصية . وفى العصور التالية، استغل بعض الحكام الطغاة سمة الطاعة فى قهر الشعب وإخضاعة ، مما جعله يشق عصا الطاعة عليه بالثورة. وعلى العموم فإن المصريين ـ وخاصة الفلاحين والعمال ـ جبلوا على طاعة الكبار، وتجد أحدهم يقول : «اسمع الكلام، انت ها تعرف أحسن من سعادة البيه». ويتجلى ذلك فى طاعة المرؤوسين لرؤسائهم وطاعة الأولاد للوالدين. وتقول الأمثال : «أكبر منك بيوم يعرف عنك بسنة» و«اربط الحمار مطرح مايقول لك صاحبه».

الكبت:

يرتبط الكبت بنقص الديموقراطية وافتقاد الحرية فى مقابل الدكتاتورية والتسلط والاستعباد والتعسف والطغيان والبطش والقهر السياسى عبر التاريخ، مما يعبر عنه البعض بالحب المفقود والبغض الموجود مع السلطة حين تتسلط، مع الصمت والكبت من جانب الشعب. وإذا مورست الديموقراطية، فإنها تكون « عينة ديموقراطية» أو ما لا يزيد عن مجرد «مكياج ديموقراطى» لدكتاتورية مقنعة، وهذا يؤدى إلى السرية والاستكانة والزلفى والشك والريبة والخوف. وتقول الأمثال: «خلى حبك فى عبك» و«الحيطان لها ودان».

المبالغة:

تتضح المبالغة، بالزيادة والنقصان فى عدة مظاهر سلوكية. فيلاحظ التهوين، حيث يرى الفرد

مريضا يحتضر، فيقول : «ما عنده إلا السلامة». ويلاحظ التهويل، حيث يشهد الفرد مشاجرة بسيطة ومحدودة فيقول : «العالم أمم، والدم للركب». ويلاحظ الغرور وتضخم صورة الذات، حيث يعتقد كل فرد أنه« ما جابيتوش ولادة». ويلحظ الضمور، حيث يقول الفرد: « أنا غلبان وعلى قد حالى». وتتضح المبالغة فى الحياة اليومية فى صور أخرى كثيرة، منها على سبيل المثال : «إذا سألت شخصاً عن مدى تأكده من خبر قال: «متأكد مليون فى الميه». وتسمع البائع ينادى قائلاَ: لوز يا بامية». وتقول الأمثال: «قطهم جمل وبراغيتهم رجالة» و«يعمل الحبة قبة» و«يعمل من الزبيبة خمارة».

الخرافية:

يتفشى التفكير الخرافى فى مصر، وتكثر البدع. وتتعلق الخرافات بمعظم أمور الحياة كالزواج والحمل والولادة والنمو والتربية... إلخ. وفى مصر ما زال الكثيرون يعتقدون فى قوى خارجية مؤثرة يستعينون عليها بأساليب خرافية كالسحر والتنجيم والتعاويذ والأعمال والزار وتسخير الجان. ويشاهد ذلك بصفة خاصة عند الأميين ومنخفضى التعليم، وهم كثرة فى مصر. ومن منا لا يسمع عن إرسال الشكاوى إلى ضريح الإمام الشافعى رضى الله عنه، وإلقاء النقود فى بئر مسعود، ودق المسامير فى شجرة العذراء ... إلخ. ومن منا لا يرى الكتابات العجيبة والأحذية الصغيرة على السيارات، والأحجبة والتعاويذ فى الرقاب، وحداوى الخيل وبصمات الأكف الدموية على أبواب الشقق والفيلات والعمارات...إلخ. ويقول المثل: «اللى تغوى الشاب الجميل لها، تدفع كتابة الورقة من عندها».

الازدواجية:

تتجلى الازدواجية فى بعض سلوكيات الإنسان المصرى، فهو يقول ما لا يعتقد ويعتقد ما لا يقول، ويعلن عن شئ ويعمل شيئاً آخر، ويعجب بكل ما هو أجنبى. وتؤدى الازدواجية إلى تناقض سلوكى واضح. وانظر إلى تفشى الأسماء الأجنبية فى أسماء المدن والقرى والشواطىء والمؤسسات والشركات والمراكز والمحال والمصارف والمدارس والفنادق والمطاعم والطعام والملابس والبضائع والمشاعر والمناشط والوظائف والنوادى والصفات والعلوم والفنون والآداب ، لقد أصبح الكثير منه بلغة أجنبية وغربية لا عربية. واستمع إلى الأغنيات العربية بلحن ولكنه غربى. وتأمل النظرة الاجتماعية المفضلة لتعليم أولادنا العرب باللغات الأجنبية. ويبدو المجتمع منقسماً على نفسه: قطاع صغير مستغرب، دخلاً وقيماً وثقافة ونمط حياة، وبقية الناس تعيش كما عاش أجدادها: دخلا وقيماً وثقافة ونمط حياة. وانظر إلى الشارع المصرى تجد الازدواجية والتناقض معا، حيث تسير السيارات الفاخرة إلى جانب عربات الكارو، وتمشى الفتاة التى ترتدى أحدث موديلات الأزياء وأفخرها محاولة عبور بركة من المجارى الطافحة. وتجد تحت سقف واحد عالماً

يحمل درجة الدكتوراه وجاهلا أميا لا يقرأ ولا يكتب. وتجد فى الشا رع المصرى الولى والزنديق، والمليارديو والملليمير. ويكاد يصدق على مصر أنها «بلد الأهرامات المعدولة والمقلوبة». ويقول المثل : «أسمع كلامك يعجبنى، أشوف أمورك استعجب».

التسيب:

يكشف التسيب عن نفسه فى نقص الانضباط فى الشارع المصرى. ومن مظاهر التسيب: المحسوبية والوساطة والمحاباة، واختراق القوانين بالاستثناءات، وعدم احترام الوقت، وعدم المحافظة على المواعيد (ومنها مواعيد العمل)، وانهيار المرافق العامة، ونقص الإنتاج. ومن مظاهر التسيب «فوضى الألقاب». فكل من يفك الخط «أستاذ»، وكل طبيب وكل صيدلى وحتى كل معيد «دكتور»، وكل جندى «صول»، وكل لاعب «كابتن»، وكل صنايعى أو سائق «باشمهندس»، وكل عامل «ريس »، وأى مهرج «فنان»، وكل من حج أو لم يحج «حاج»، وكل من هب «بك»، وكل من دب «باشا». ومن المصائب المصرية «البقشيش» الذى هو من مظاهر الحياة اليومية فى المجتمع المصرى. ووله مرادفات منها «الإكرامية»" و«الحلاوة»، وهو فى واقعه رشوة لتسهيل الأمور وقضاء الحاجات. ويقول المثل: «البرطيل شيخ كبير». ومن المصائب المصرية أيضاكلمة «معلهش» التى تستخدم لإعفاء المخطئ الخارج على معايير السلوك الاجتماعى من المسئولية. وهذا ماجعل البعض ينادى بضرورة «إعادة بناء الإنسان المصرى».

خاتمة:

وبعد.. فقد عرضنا ـ فى عجالة ـ جذور ومقومات سمات وخصائص الشخصية المصرية، إيجاباً وحياداً وسلباً.

وإذا وضعنا خصائص وسمات الشخصية المصرية، بإيجابياتها وسلبياتها فى ميزان التقييم، فإن كفة الخصائص والسمات الإيجابية ترجح وتغلب.

ولا يختلف اثنان على ضرورة تدعيم السمات الإيجابية وزحزحة السمات البينية نحو الإيجابية ، والتخلص من السمات السلبية، حتى تظل مصر والشعب المصرى والشخية المصرية نموذجاً حضارياً شامخاً ، ذا طابع مصرى عربى إسلامى.

والطريق إلى تنمية الشخصية المصرية ورعايتها ، هو طريق التربية والتعليم والتنشئة الاجتماعية السليمة ، طالما أن سمات الشخصية المصرية مكتسبة ـ وليست فطرية ـ ويمكن تغييرها وتعديلها إلى الأحسن.

وأخيراً، وليس آخرا، فإن الشعب المصرى ، صاحب هذه الشخصية المصرية المتميزة ، الأصيلة، ممتدة الجذور، فى ماض كله حضارة ، وحاضر كله يقظة ، لجدير بصنع مستقبل كله إشراق وأمل، إن شاء الله .

المراجع

- إبراهيم شعلان (١٩٧٢). الشعب المصرى فى أمثاله العامية . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- إجلال سرى (١٩٨٤) . الخرافات الشائعة عن النمو النفسى. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس ، عدد ٧، ص ٢١ ـ ٥٤.
- أحمد أمين (١٩٥٣). قاموس العادات والتقاليدوالتعابير المصرية ، القاهرة: مطبعة التأليف والترجمة والنشر.
- أحمد تيمور (١٩٨٦). الأمثال العامية (ط٤). القاهرة:مركز الأهرام للترجمة والنشر.
- السيد ياسين (١٩٧٣). الشخصية العربية بين المفهوم الإسرائيلى والمفهوم العربى. القاهرة: الأهرام.
- أندريه سيجفريد (ترجمة) غنيم عبدون(د.ت). سيكولوجية بعض الشعوب. القاهرة:المؤسسةالعامة للطباعة والنشر.
- جلال أمين (١٩٩٩). ماذ حدث للمصريين؟ تطور المجتمع المصرى فى نصف قرن ١٩٤٥ ـ ١٩٩٥. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- جمال حمدان (١٩٨٤). شخصية مصر. القاهرة : عالم الكتب.
- حامد ربيع (١٩٧٠). حول التحليل العلمى لمفهوم الطابع القومى المصرى . (فى) لويس مليكة: قراءات فى علم النفس الاجتماعى فى البلاد العربية (مجلد ٢). القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ٥١٩ ـ ٥٣٦.
- حامد زهران (٢٠٠٠) .علم النفس الاجتماعى (ط٦). القاهرة : عالم الكتب.
- حامد زهران (٢٠٠١). هويتنا والتغريب اللغوى. المؤتمر العلمى الثالث «التربية والثقافة فى عالم متغير». كلية التربية بالفيوم، جامعة القاهرة ، أكتوبر ٢٠٠١.
- حامد عمار (١٩٦٤). فى بناء البشر: دراسات فى التغير الحضارى والفكرى التربوى. سرس الليان: مركز تنمية المجتمع فى العالم العربى.
- حمدى ياسين (١٩٨٦). الشخصية العربية بين السلبية والإيجابية: دراسة إمبيريقية سيكولوجية. القاهرة: دار الكتاب للنشر والتوزيع.
- عبد العزيز رفاعى (١٩٧١). الطابع القومى للشخصية المصرية بين الإيجابية والسلبية. القاهرة : دار النهضة العربية.
- فاطمة المصرى (١٩٨٤).الشخصية المصرية من خلال دراسة مظاهر الفولكلور المصرى . القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- محمد الرمادى (١٩٦٣).الشخصية المصرية فى الشعر الحديث . القاهرة: الدار القومية للطباعة.
- نعمات فؤاد (١٩٧٨). شخصية مصر. القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب.

❊ ❊ ❊

[٨] الصحة النفسية للشباب الجامعى(*)

مقدمة:

الصحة النفسية كعلم هى الدراسة العلمية للصحة النفسية كحالة، والتوافق النفسى كعملية، وما يؤدى إليها ومايحققها وما يعوقها، ومايحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية، ودراسة أسبابها،وتشخيصها، والوقاية منها، وعلاجها.

وما أحوج المعلم الجامعى إلى دراسة علم الصحة النفسية.

والصحة النفسية كحالة إيجابية يتمتع بها الفرد أمر يهم كل إنسان. وما أحوج المعلم الجامعى إلى معرفة شئ عنها.

وفيما يلى ملخص لموضوع الصحة النفسية للشباب كبداية لعلها تستثير القارئ إلى مزيد من القراءة والاطلاع والممارسة العملية.

معنى الصحة النفسية:

الصحة النفسية هى حالة دائمة نسبيا، يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا،ويشعربالسعادة مع نفسه ومع الآخرين، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته لأقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، بحيث يعيش فى سلامة وسلام.

والصحة النفسية حالة إيجابية تتضمن التمتع بصحة السلوك وسلامته، وليست مجرد غياب أو الخلو أو البرء من أعراض المرض النفسى.

المرض النفسى:

والمرض النفسى اضطراب وظيفى فى الشخصية ـ نفسى المنشأ ـ يبدو فى صورة أعراض نفسية وجسمية، ويؤثرفى سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسى ويعوقه عن ممارسة حياته السوية فى المجتمع.

ومن **أنواع المرض النفسى**: العصاب (مثل : القلق، وتوهم المرض، والضعف العصبى، والهستيريا، والخواف، والوسواس والقهر، والاكتئاب،والتفكك)، **والذهان** (مثل: الفصام، والهذاء، وذهان الهوس والاكتئاب). ويضاف إلى ذلك **المشكلات النفسية** (مثل : الضعف

(*) فى الأسس التربوية لإعداد المعلم الجامعى(ط٤). جامعة عين شمس (٢٠٠٢).

العقلى، والتخلف الدراسى، واضطرابات الغذاء، واضطرابات الإخراج، واضطرابات النوم، وأمراض الكلام، ومشكلات ذوى الحاجات الخاصة ، وجناح الأحداث، والانحرافات الجنسية... إلخ).

ومن درجات المرض النفسى ما هو خفيف يضفى بعض الغرابة على شخصية المريض وسلوكه، وقد يكون شديدا حتى لقد يدفع المريض إلى القتل أو الانتحار، وقد يكون وسطا بين هذا وذاك.

الصحة النفسية فى الأسرة والجامعة والمجتمع:

يعيش الشاب بين الأسرة والجامعة والمجتمع كابن وكطالب وكمواطن. والأسرة هى المدرسة الاجتماعية الأولى للفرد منذ طفولته وعبر شبابه وخلال رشده وحتى شيخوخته. والأسرة هى المسئولة الأولى عن التنشئة الاجتماعية، وتعتبر النموذج الأمثل للجماعة الأولية التى يتفاعل الفرد مع أعضائها ويعتبر سلوكهم نموذجا يحتذيه.ومن العوامل الأسرية المؤثرة فى الصحة النفسية للفرد: الصحة النفسية للوالدين والإخوة، وأساليب التنشئة الوالدية، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى، ومنها أيضا العلاقات بين الوالدين والفرد، والعلاقات بين الإخوة، و مركز الفرد فى الأسرة سواء كان وحيداً أو الأكبر أو الأصغر... إلخ.

والصحة النفسية فى الأسرة تتطلب مناخا أسريا، يحقق الحاجات النفسية وتنمية القدرات وتعليم التفاعل الاجتماعى والتوافق النفسى والأدوار الاجتماعية وتكوين الاتجاهات ومعايير السلوك والعادات السلوكية السليمة.

والجامعة مؤسسة تربوية رسمية يستكمل فيها الفرد نموه وهو يتفاعل مع معلميه وزملائه ويتأثر بالمنهج الدراسى، وتنمو شخصيته من كافة جوانبها. ومن العوامل التربوية المؤثرة فى الصحة النفسية للطالب: العلاقات الاجتماعية بين الطالب والمعلم وبينه وبين زملائه، والمنهج الدراسى، ودور المعلم فى العملية التربوية. وتشترك التربية فى كثير من أهدافها مع الصحة النفسية، ومنها نمو الشخصية المتكاملة للإنسان الصالح للحياة نفسيا.

والمجتمع الذى يعيش فيه الفرد بمؤسساته المختلفة يؤثر فى الصحة النفسية للأفراد والجماعات. وحبذا لو عمل المسئولون فى كافة مؤسسات المجتمع على تحقيق الصحة النفسية عن طريق تهيئة بيئة اجتماعية آمنة، تسودها العلاقات الاجتماعية السليمة والعدالة الاجتماعية والديموقراطية، والاهتمام بالفرد والجماعة ورعاية الطفولة والشباب والكبار وإنشاءوتدعيم الهيئات والمؤسسات التى تحقق ذلك، ومراجعة ورعاية المعاييرالاجتماعية، والقيم الصالحة والمثل النابعة من الأديان السماوية ومن التراث الحضارى بما يحقق الصحة النفسية.

مناهج الصحة النفسية:

هناك **ثلاثة مناهج أساسية** فى الصحة النفسية:

(١) **المنهج الإنمائى:** وهو منهج إنشائى يتضمن زيادة السعادة والكفاية والتوافق لدى الأسوياء والعاديين خلال رحلة نموهم حتى يتحقق الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية، ويتحقق ذلك عن طريق دراسة إمكانات وقدرات الأفراد والجماعات وتوجيهها التوجيه السليم (نفسيا وتربويا ومهنيا)، ومن خلال رعاية مظاهر النمو (جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا)، بما يضمن إتاحة الفرص أمام المواطنين للنمو السوى تحقيقا للنضج والتوافق والصحة النفسية.

(٢) **المنهج الوقائى:** ويتضمن الوقاية من الوقوع فى المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية ، ويهتم بالأسوياء والأصحاء قبل اهتمامه بالمرضى ليقيهم من أسباب الأمراض النفسية بتعريفهم بها وإزالتها أولا بأول، ويرعى نموهم النفسى السوى ويهيئ الظروف التى تحقق الصحة النفسية. وللمنهج الوقائى مستويات ثلاثة تبدأ بمحاولة منع حدوث المرض، ثم تشخيصه فى مرحلته الأولى بقدر الإمكان، ثم محاولة تقليل أثر إعاقته وإزمانه.وتتركز الخطوط العريضة للمنهج الوقائى فى الإجراءات الوقائية الحيوية الخاصة بالصحة العامة والنواحى التناسلية، والإجراءات الوقائية النفسية الخاصة بالنمو النفسى السوى ونمو المهارات الأساسية للحياة،والتوافق المهنى والمساندة أثناء الفترات الحرجة، و التنشئة الاجتماعية السليمة، والإجراءات الخاصة بالدراسات والبحوث العلمية، والتقييم والمتابعة، والتخطيط العلمى للإجراءات الوقائية.

(٣) **المنهج العلاجى:** ويتضمن علاج المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية، حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية. ويهتم هذا المنهج بنظريات المرض النفسى وأسبابه وتشخصيه وطرق علاجه وتوفير المعالجين والعيادات والمستشفيات النفسية.

التوافق النفسى:

الصحة النفسية فى جوهرها عملية توافق نفسى. والتوافق النفسى عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك والبيئة بالتغيير والتعديل حتى يحدث توازن بين الفرد والبيئة، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق مطالب البيئة.

ويتضمن التوافق النفسى الرضا بالواقع المستحيل على التغير وتغيير الواقع القابل للتغيير.

ومن أبعاد التوافق النفسى: تحقيق مطالب النمو النفسى السوى فى جميع مراحله (الطفولة والمراهقة و الرشد والشيخوخة)، بكافة مظاهره (جسمياً وعقليا واجتماعياً وانفعالياً)، حتى يشعر الفرد بالرضا والسعادة.

ومن أهم الشروط التى تحقق التوافق النفسى: إشباع دوافع السلوك (مثل دوافع الجوع والتملك والجنس... إلخ)، وإشباع الحاجات (الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن و الحب وتأكيد الذات...إلخ).

ومن الأساليب التى يلجأ إليها الفرد لتحقيق التوافق: حيل الدفاع النفسى، وهى وسائل لا شعورية هدفها وقاية الذات والدفاع عنها والاحتفاظ بالثقة فى النفس واحترام الذات وتحقيق الراحة النفسية والأمن النفسى. ومن أمثلة حيل الدفاع النفسى: الإعلاء والتعويض والتقمص والإبدال والإسقاط والتبرير والتعميم...إلخ).

أسباب الأمراض النفسية:

لكل شئ سبب، ولا شئ يأتى من لا شئ. وتتعدد أسباب الأمراض النفسية، فمنها **الأسباب الأصلية أو المهيئة، و الأسباب المساعدة أو المرسبة** وهى الأسباب المباشرة والأحداث الأخيرة السابقة للمرض النفسى مباشرة والتى تعجل بظهوره وتفجره (مثل الأزمات والصدمات النفسية). وهناك **أسباب حيوية** (بيولوجية) وهى الأسباب جسمية المنشأ أو العضوية التى تطرأ فى تاريخ نمو الفرد (مثل اضطرابات الغدد والعيوب الوراثية وعوامل النقص العضوى والعيوب والتشوهات الجسمية). وهناك **أسباب نفسية** تتعلق بالنمو النفسى المضطرب وخاصة فى الطفولة مثل الصراع (ومن مظاهره فى مرحلة الشباب الصراع بين الاعتماد على الغير والاعتماد على النفس والصراع بين الدوافع والضوابط والصراع بين المعايير الاجتماعية و القيم الأخلاقية والصراع بين الحاجات الشخصية والواقع، والصراع بين الرغبة الجنسية وموانع الإشباع الجنسى والصراع بين الأجيال... إلخ)، والإحباط حيث تعاق الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد ويحال بينه وبين تحقيق أهدافه والشعور بخيبة الأمل، والحرمان وهو انعدام الفرصة لتحقيق الدوافع وإشباع الرغبات الأساسية، والخبرات السيئة والصادمة (مثل حالات الوفاة والحوادث والطلاق والخبرات الجنسية الصادمة والأزمات الاقتصادية... إلخ).وهناك **أسباب اجتماعية**، وهى عوامل البيئة الاجتماعية التى تحيط بالفرد (مثل اضطرابات التنشئة الاجتماعية فى الأسرة وفى المدرسة وفى المجتمع، وسوء التوافق الأسرى وسوء التوافق الدراسى وسوء التوافق الاجتماعى وجموح التغير الاجتماعى...إلخ).

ويلاحظ أن السبب أو الأسباب التى تؤدى إلى انهيار شخصية الفرد قد تؤدى هى نفسها إلى صقل شخصية فرد آخر. وفى تحديد أسباب وتشخيص المرض النفسى يجب الاهتمام بكل من الأساليب الحيوية والنفسية والاجتماعية، المهيئ منها والمرسب حتى يمكن معرفتها لنساعد فى إزالتها ونجاح العلاج النفسى.

أعراض الأمراض النفسية:

الأعراض هى العلامات السلوكية التى تدل على وجود المرض النفسى. وقد تكون شديدة واضحة يدركها العامة،وقد تكون مختفية لا يميزها إلا المختصون. وكلما أمكن تعرف الأعراض فى وقت مبكر كان ذلك أفضل من الناحية العلاجية. وتظهر أعراض الأمراض النفسية عادة فى شكل زملة أو تجمع أعراض تحدد المرض وتفرق بين مرض و آخر. **ومن الأعراض ما يلى:**

* **اضطرابات الإدراك:** مثل الهلوسات كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتا أو يشم روائح لا وجود لها، والخداع كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتاً أو يشم روائح موجودة فعلا ولكن فى صورة خاطئة ومختلفة عن واقعها، واضطرابات الحواس بالزيادة أو بالنقصان.
* **اضطرابات التفكير:** مثل التفكير غير المنطقى أو المشتت أو الوسواسى أو المتناقض، والأوهام، والمخاوف.
* **اضطرابات الذاكرة:** مثل النسيان، وفقد الذاكرة.
* **اضطرابات الانتباه:** مثل قلة الانتباه، والسرحان، والسهيان، والانشغال.
* **اضطرابات الكلام:** مثل اللجلجة، واحتباس الكلام.
* **اضطرابات الانفعال:** مثل القلق، والاكتئاب، والتوتر، والفزع، والتبلد، واللامبالاة، والتقلب الانفعالى، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.
* **اضطرابات الحركة:** مثل النشاط الزائد أو الناقص أو المضطرب، واضطراب الاستقرار، واللازمات الحركية، والعدوان.
* **اضطرابات المظهر العام:** مثل اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس، والفوضى.
* **اضطرابات التفهم:** مثل اضطراب الإدراك الواعى، واضطراب إدراك مضمون الشعور.
* **اضطرابات البصيرة:** مثل قصور إدراك طبيعة المشكلة وأسبابها وأعراضها.
* **الاضطرابات العقلية:** مثل الضعف العقلى، والخبل.
* **اضطرابات الشخصية:** مثل الانطواء والعصابية.

* **اضطرابات السلوك الظاهر**: مثل السلوك الشاذ الغريب.
* **اضطرابات الغذاء**: مثل فقد الشهية، والإفراط فى الأكل.
* **اضطرابات الإخراج**: مثل الإمساك أو الإسهال العصبى.
* **اضطرابات النوم**: مثل كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكوابيس.
* **سوء التوافق**: مثل سوء التوافق الصحى أو الشخصى أو الاجتماعى أو الزواجى أو الأسرى أو التربوى أو المهنى.
* **الانحرافات الجنسية**: مثل الجنسية المثلية، والإفراط أو الضعف الجنسى، والدعارة.
* **اضطرابات الإحساس**: مثل ضعف البصر، وتبلد الحس.
* **الاضطرابات العصبية**: مثل التشنج، والصرع،والشلل.
* **الأعراض الاجتماعية**: مثل سوء التوافق الاجتماعى، والسلوك المضاد للمجتمع.

الأمراض النفسية والعقلية:

فى حدود ما يسمح به الحيز هنا، نورد **مجرد التعريف بأشيع الأمراض النفسية والعقلية**، أما مدى حدوثها وأسبابها وأعراضها وتشخيصها وعلاجها، فيجب الرجوع إلى المراجع المتخصصة للتوسع والاستزادة.

وفيما يلى أشيع الأمراض النفسية (العصابية):

* **القلق**: هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلى أو رمزى قد يحدث، يصحبها خوف غامض، وأعراض نفسية جسمية. وعلى الرغم من أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية، إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هى نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا. وهذا هو ما يعرف باسم «عصاب القلق» أو «القلق العصابى» وهو أشيع حالات العصاب. ويوصف العصر الذى نعيش فيه الآن بأنه «عصر القلق».
* **توهم المرض**: وهو اضطراب نفسى المنشأ عبارة عن اعتقاد راسخ بوجود مرض، على الرغم من عدم توافر دليل طبى على ذلك. وهو تركيز الفرد على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى، وذلك يؤدى إلى حصر تفكير الفرد فى نفسه واهتمامه المرضى المستمر بصحته وجسمه بحيث يطغى على كل الاهتمامات الأخرى، ويعوق اتصاله السوى بالآخرين ويشعره بالنقص والشك فى نفسه، كما يعوق اتصاله أيضا بالبيئة المحيطة به.

* **الضعف العصبى (النيوراسثينيا):** هو حالة من الشعور الذاتى المستمر بالضعف النفسى العام الذى يصحبه أعراض عصبية وجسمية. ومن أهم خصائصه الضعف النفسى والجسمى وشدة التعب والإعياء والفتور والإنهاك. وقد يصل إلى درجة الانهيار، وهو يكاد يكون حالة من «التعب المزمن»، ويطلق عليه أحيانا اسم «الانهيار العصبى» أو «الضعف النفسى» أو «الإعياء النفسى».

* **الهستيريا:** هى مرض نفسى عصابى تظهر فيه اضطرابات انفعالية مع خلل فى أعصاب الحس والحركة. وهى عصاب تحولى تتجسد فيه الانفعالات المزمنة فى شكل أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى، لغرض فيه ميزة للفرد أو هروب من الفراغ النفسى أو من القلق أو من موقف مؤلم دون أن يدرك الدافع لذلك. وفى الهستيريا تصاب مناطق الجسم التى يتحكم فيها الجهاز العصبى المركزى مثل الحواس وجهاز الحركة. وهذا غير المرض النفسى الجسمى حيث تصاب الأعضاء التى يتحكم فيها الجهاز العصبى الذاتى. ويطلق البعض على الهستيريا اسم «الهستيريا التحويلية» ويفضل البعض الآن مصطلح« التجسيد» .

* **الخواف (الخوف المرضى):** هو خوف مستمر من وضع أو موضوع غير مخيف بطبيعته، ولا يستند إلى أساس واقعى، ولا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه، ويعرف المريض أنه غير منطقى، وعلى الرغم من هذا فإن الخوف يتملكه ويحكم سلوكه، ويصاحبه القلق والعصابية والسلوك القهرى. وفى الخواف يكون الخوف شاذا ومستمراً ومتكررا ومضخماً مما لايخيف فى العادة ، ولا يعرف المريض له سببا.

* **عصاب الوسواس والقهر:** الوسواس فكر متسلط، والقهر سلوك جبرى، ويظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويلازمه ويستحوذ عليه، ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته، على الرغم من وعى المريض وتبصره بغرابته وسخفه ولا معنوية مضمونه وعدم فائدته، ويشعر بالقلق والتوتر إذا قاوم ما توسوس به نفسه، ويشعر بإلحاح داخلى للقيام به. والوسواس والقهر عادة متلازمان كأنهما وجهان لعملة واحدة.

* **الاكتئاب :** هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة، وتعبر عن شيء مفقود، وإن كان المريض لا يعى المصدرالحقيقى لحزنه. ومن أنواعه: الاكتئاب الخفيف، والبسيط،والحاد، والمزمن، والعصابى، والذهانى.

* **التفكك:** هو تفكك نظام الشخصية وانفصال بعض أجزائها واضطراب أدائها الوظيفى، وقيام أحد أو بعض جوانب الشخصية بالأداء الوظيفى مستقلا، كما فى حالات فقدان الذاكرة والتجوال والمشى أثناء النوم وتعدد الشخصية.

*** وفيما يلي أشيع الأمراض العقلية (الذهانية):**

* **الفصام:** هو مرض ذهاني يؤدي إلى خلل انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي، والانفصال عن العالم الواقعي الخارجي، وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك. ويعيش المريض في عالم خاص بعيدا عن الواقع، وكأنه في حلم مستمر. ويعرف الفصام أحيانا باسم «انفصام الشخصية» أي تشتت وتناثر مكوناتها وأجزائها. وقد يصبح التفكير والانفعال كل في واد. وكان الفصام فيما مضى يعرف باسم «الخبل المبكر أو خبل الشباب». ومن أنواعه: الفصام البسيط، والمبكر، والحركي، والهذائي.

* **الهذاء (البارانويا):** حالة مرضية يميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت، أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد، ومع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي. أي أن الشخصية على الرغم من وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبيا، ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحي به الهذيانات والأوهام. ويطلق عليه البعض اسم «هذاء العظمة وهذاء الاضطهاد».

* **الهوس:** هو اضطراب سلوكي ذهاني يتسم بالغرابة والنشاط النفسي الحركي الزائد والهياج والمرح الذي لا يسيطر عليه الفرد. وقد يكون الهوس خفيفاً أو حاداً أو هذيانيا.

* **ذهان الهوس والاكتئاب:** هو مرض ذهاني يشاهد فيه الاضطراب الانفعالي المتطرف، وتتوالى فيه دورات متكررة من الهوس والاكتئاب، أو يكون خليطا من أدوار الهوس والاكتئاب،وقد يتخللها فترات يكون الفرد عاديا نسبيا. ويعرف أحياناً باسم «الذهان الدوري».

يضاف إلى ما سبق الاضطرابات الآتية:

* **الاضطرابات النفسية الجسمية:** هي اضطرابات جسمية موضوعية ذات أساس وأصل نفسي بسبب الاضطرابات الانفعالية، تصيب المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي. ومن أشكال الاضطرابات النفسية الجسمية التي تصيب الجهاز الدوري: الذبحة الصدرية وارتفاع ضغط الدم أو انخفاضه والإغماء. ومن اضطرابات الجهاز التنفسي: الربو الشعبي. ومن اضطرابات الجهاز الهضمي: قرحة المعدة والتهاب القولون وفقد الشهية العصبي والشراهة والتقيؤ العصبي والإمساك المزمن والإسهال. ومن اضطرابات الجهاز الغددي: مرض السكر، والبدانة. ومن اضطرابات الجهاز التناسلي: العنة، والبرود الجنسي واضطرابات الحيض والعقم والإجهاض المتكرر. ومن اضطرابات الجهاز البولي: احتباس البول وسلس البول. ومن اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلي: آلام الظهر والتهاب المفاصل

الروماتيـزمى. ومن اضطرابات الجلد: الأرتيكاريا والتـهاب الجلد العـصبى والحكاك وسـقوط الشعـر وفرط العـرق والحسـاسية وبثـور الشبـاب. ومن اضطرابات الجهـاز العصـبى الصداع النصفي.

* **المشكلات النفسية:** وهى المشكلات التى يعانى منـها الفرد فى حيـاته اليومية، وتعـترض النمو النفـسى السوى أو تحـول دونه وتعوق تحقـيق الصحة النفـسية. ومـن أمثلتهـا مشكلات: الضـعف العـقلـى، والتـأخـر الدراسى، والاضطرابات الانفـعـالـيـة، واضطرابات العـادات، واضطرابـات الغــذاء، واضـطرابات الإخـــراج، واضطرابات الـنوم، وأمـــراض الـكلام، والانحرافـات الجنسيـة، ومشكلات المعـوقين ذوى الاحـتياجـات الخاصـة، وجناح الأحداث، والمشكلات الزواجية.

العلاج النفسى:

العلاج النفسى بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيـه الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعـالية يعانى منهـا المريض وتؤثر فى سلوكه، وفيـه يقوم المعالج النفسى ـ وهو شخص مـؤهل علميا وعمليا وفنيا ـ بالعـمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة، والتوافق مع بيئته، واستغلال إمكاناته على خير وجه، ومساعـدته على تنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو النفسى الصحى، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسى فى المستقبل.

وفيما يلى تعريف بأهم طرق العلاج النفسى:

* **التحليـل النفسى:** هو عـملية عـلاجيـة شاملة يتم فـيـها اسـتكشاف المواد المكبـوتة فى اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة ودوافع متـصارعة وانفعالات عنيفة وصراعات شديدة سببت المرض النفسى، واستدراجها من غياهب اللاشعور إلى حيز الشعور، عن طريق التعبـير اللفظى التلقائى الحـر الطليق، ومساعدة المريض فى الـتعامل معهـا فى ضوء الواقع، وزيادة استبـصاره، وتحسين الفاعلـية الشخصيـة والنمو الشخصى. والهدف النهـائى للتحليل النفسى هو إحداث تغير أساسى صحى فى بناء الشخصية. ويستند التحليل النفسى إلى نظرية التحليل النفـسى فى الشخصيـة. ويتمايز فى التحليـل النفسى اتجاهان هما: التـحليل النفسى الكلاسيكى المرتبط باسم سيـجموند فرويد Freud، والتحليل النفسى الحـديث، وفيه أدخل زملاء فرويد وتلامـيذه تعديلات وتطورات خاصة بهم مـثل أنا فرويد، وكارل يونج Jung، وألفـريد آدلر Adler، وكـارين هورنى Horney، وأوتـو رانـك Rank، وإيريك فـروم Fromm. ومن إجراءات التحليل النـفسى، العلاقة العلاجـية الدينامية، والتفـريغ أو التطهير

الانفعالى، والتداعى الحر أو الترابط الطليق، وتحليل التحويل، وتحليل المقاومة، وتحليل الأحلام والتفسير التحليلى.

* **العلاج السلوكى:** وهو تعديل السلوك المضطرب الملاحظ بأسرع ما يمكن، وذلك بضبط السلوك المرضى المتمثل فى الأعراض، عن طريق تطبيق مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم. ومن أساليب العلاج السلوكى: التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجى، والكف المتبادل، والإشراط التجنبى، والتعزيز الموجب والسالب، والخبرة المنفرة، و الإطفاء، وضبط المثيرات ، والممارسة السالبة، و الغمر.

* **العلاج النفسى الممركز حول الشخص:** وهو علاج يقوم على أساس نظرية الذات التى بلورها كارل روجرز Rogers، ويتمثل فى إقامة علاقة علاجية وتهيئة مناخ نفسى يستطيع المريض من خلاله أن يحقق أفضل نمو نفسى وأفضل توافق نفسى. ويعتمد التغير فى السلوك على حدوث التغير فى مفهوم الذات لدى المريض، بحيث ينظمه ليصبح متطابقاً مع خبراته فى المجال الظاهرى الذى يعيش فيه ومع واقعه، ويتعامل بواقعية مع محتوى مفهوم الذات الخاص، وينطلق نحو تحقيق الذات والتوافق النفسى.

* **الإرشاد العلاجى:** هو عملية مساعدة المريض فى اكتشاف وفهم وتحليل نفسه ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية التى تؤدى إلى سوء توافقه النفسى واضطرابه، والعمل على حل المشكلات وعلاج الاضطرابات بما يحقق أفضل مستوى للتوافق والصحة النفسية. وتتضمن عملية الإرشاد العلاجى التوصل إلى المشكلات الداخلية للعميل، أى أنه يدخل إلى الحياة الشخصية للفرد. ويستخدم لتحقيق ذلك أساليب علاجية منها: التداعى الحر والتفسير والتنفيس الانفعالى والاستبصار والتعليم وتعديل السلوك والنمو وتغير الششخصية واتخاذ القرارات وحل المشكلات. ويطلق على الإرشاد العلاجى حديثا اسم «إرشاد الصحة النفسية» أو «إرشاد الصحة النفسية العلاجى».

* **الاستشارة النفسية:** هى العملية التى تتم بين المعالج (المستشار) وعميل (المستشير) ولكنه يعانى من قلق واضطراب نفسى بسيط ولديه بعض المشكلات الانفعالية أو الشخصية أو الاجتماعية التى لا يستطيع مواجهتها والتغلب عليها وحلها بمفرده. وهى عبارة عن موقف تعليمى فى جملته يؤدى بالمستشير إلى زيادة فهم نفسه وفهم أنماط سلوكه وفهم مشكلته وحلها.

* **العلاج النفسى الجماعى:** هو علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا فى جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة فى سلوك الأفراد، أى ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج (أو أكثر من

معالج) يؤدى إلى تغير فى سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم. ويتم العلاج الجماعى عادة فى صورة غير موجهة على الرغم من أن بعض المعالجين يميلون إلى اتباع الأسلوب الموجه. ومن أساليب العلاج النفسى الجماعى: السيكودراما أو العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى، والمحاضرات العلاجية والمناقشات الجماعية، والنوادى العلاجية، وعلاج الأسرة، و التحليل النفسى الجماعى، والخبرة الجماعية المكثفة فى جماعات المواجهة.

* **العلاج بالعمل:** هو علاج يتم عن طريق مشاركة المريض فى نشاط عملى مناسب لحالته المرضية وعمره وجنسه وصحته العامة، وذلك لشغل وقت فراغه والمساعدة فى عملية التشخيص والعلاج والتأهيل، وهو يزيل الملل والسأم لدى المريض ويوجهه إلى عمل نشط ويصرف طاقته فى نشاط نافع، ويساعده على التخلص من التركيز على انفعالاته النفسية، ويساعده فى التعبير عن مشاعره وتركيز انتباهه... إلخ، كل هذا فى مناخ علاجى نفسى مناسب.

* **العلاج النفسى الدينى:** هو علاج نفسى يقوم على أساليب ومفاهيم ومبادئ دينية روحية أخلاقية. وهو أسلوب توجيه وإرشاد وتربية وتعليم، ويقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية. وهدفه تحرير المريض من مشاعر الخطيئة والإثم التى تهدد طمأنينته وأمنه النفسى ومساعدته على تقبل ذاته وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسى. ويسير فى خطوات منها: الاعتراف والتوبة والاستبصار والتعلم والدعاء والاسترحام والاستغفار والصبر وذكر الله والتوكل على الله.

* **العلاج النفسى المختصر:** هو علاج نفسى يستغرق وقتا أقصرمن الوقت الذى تستغرقه طرق العلاج النفسى المطول أو طويل الأمد مثل التحليل النفسى. ويهدف العلاج النفسى المختصر إلى تحقيق الحاجات النفسية وحل الصراعات وحل المشكلات والتغلب على الأزمات التى تعترض حياة المريض هنا والآن. ومن أشكال العلاج النفسى المختصر: التحليل النفسى المختصر، والعلاج العقلانى الانفعالى السلوكى.

* **طرق مساعدة فى العلاج النفسى:** إلى جانب طرق العلاج النفسى السابقة، توجد عدة طرق مساعدة فى العلاج ا لنفسى منها على سبيل المثال لا الحصر: العلاج بالقراءة (باستخدام الكتب والمجلات والقصص العلمية والأدبية)، والتأهيل الطبى النفسى (لمساعدة المريض على تحقيق أقصى درجة من التوافق أثناء مرضه وعندما يعود إلى حياته العادية بعد شفائه)، والعلاج الترويحى (باستخدام المباريات وعروض السينما والحفلات والرحلات والمعسكرات مما يجعل المريض يشعر بالتسلية ويأخذه بعيداً عن متاعبه ويعلمه التفاعل الاجتماعى

السليم)، والعلاج الرياضى(حيث يقوم المريض بتمرينات رياضية منشطة أو مهدئة أو اجتماعية)، والعلاج بالموسيقى (المهدئة أو المنشطة، وتساعد فى قضاء وقت الفراغ).

عملية العلاج النفسى:

مهما تعددت طرق العلاج النفسى، ومهما اختلفت نظرياته، ومهما تنوعت المدارس التى ينتمى إليها المعالجون النفسيون، فإن الهدف الأسمى للعلاج النفسى هو تحقيق التوافق النفسى والصحة النفسية، أى مساعدة الفرد على تحقيق السعادة مع نفسه ومع بيئته، واستغلال قدراته حتى يستطيع مواجهة مطالب الحياة والواقع، والعيش فى سلامة وسلام وعافية. وعلى الرغم من تعدد وتنوع طرق العلاج النفسى التى تتميز كل منها بإجراءات خاصة فى عملية العلاج، فإن هناك إجراءات مشتركة بين هذه الطرق فى عملية العلاج النفسى.

وفيما يلى الإجراءات المشتركة بين الطرق المتعددة فى عملية العلاج النفسى بإيجاز:

* **إعداد المريض:** وتقديم عملية العلاج بإطارها العام له.
* **تخطيط برنامج العملية:** والاستعداد لتنفيذ الخطة.
* **تهيئة مناخ نفسى علاجى:** لإتاحة فهم السلوك وتغييره. ومكونات هذا المناخ النفسى هى: الألفة والحرية والأمن والهدوء والاسترخاء والتجاوب والأمل والالتزام والفهم والدفء والتلقائية والمساندة.
* **تحديد الأهداف:** والأهداف العامة هى تحقيق التوافق النفسى والصحة النفسية وتعديل السلوك وحل المشكلات وصيانة الشخصية. والأهداف الخاصة هى إزالة الأسباب وعلاج الأعراض وحل المشكلات وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة وتغيير مفهوم الذات السالب إلى موجب وتدعيم الشخصية السوية.
* **الفحص الشامل والدقيق:** نفسيا واجتماعياً وطبياً وعصبياً، وجمع المعلومات عن المشكلة والمرض والأسباب والأعراض، والفحص النفسى الخاص: دراسة فلسفة الحياة وأسلوبها ومفهوم الذات العام والخاص ومركز التحكم والدوافع والحاجات والدفاعات والأفكار والاتجاهات والتفاعل الاجتماعى والسلوك الجنسى. ويجب استخدام الأدوات والمقاييس المقننة والصادقة والثابتة.
* **التشخيص:** وتحديد المشكلة أو المرض، مع الاهتمام بزملة الأعراض الرئيسة، والتشخيص الفارق.
* **تحديد المآل:** والتنبؤ بمستقبل المرض وتوقعاته ومدى النجاح المتوقع. والمآل يكون عادة أفضل

إذا كان المرض مفاجئا والأسباب معروفة والأعراض بسيطة والمكاسب قليلة والفحص شاملا والتشخيص دقيقاً والعلاج مبكراً والمريض مستبصراً ومتعاوناً.

* **عقد جلسات العلاج:** بين المعالج (فريق العلاج)والمريض (أو جماعة المرضى). وهى قلب عملية العلاج. وهى علاقة شخصية اجتماعية مهنية هادفة. ومن عوامل نجاحها المشتركة بين المعالج والمريض: تحمل المسئولية والتقبل والاحترام والثقة والفهم والانتباه والاهتمام والتعاون والمساعدة والصداقة والتخطيط. ومن عوامل نجاحها عند المعالج أن يكون مرآة صادقة وبشوشاً ومتقبلاً ومشجعاً ومشاركاً ومثقفاً وخبيراً ومتفائلا وصبوراً وميسرا. ومن عوامل نجاحها لدى المريض: الإقبال والصدق والأمانة والصراحة والانفتاح والشجاعة والإرادة.

* **التداعى الحر:** أو الترابط الطليق بين الأفكار والخواطر والاتجاهات والصراعات والرغبات فى اللاشعور واستدراجها إلى حيز الشعور والتعامل معها فى ضوء الواقع.

* **التطهير الانفعالى:** أو ا لتنفيس والتفريغ والتخلص من حمولة النفس وتفريغ الشحنات النفسية وتخفيف الضغوط وتجنب الانفجار، وتحنيط مصادر الانفعال. ومن مظاهره الإفضاء والاعتراف والتحويل.

* **المواجهة:** وخلع الأقنعة وإخراج محتويات مفهوم الذات الخاص.

* **تحليل الخبرات:** وتركيبها، ولعب الأدوار وعكسها، وتحليل الأدوار.

* **التفسير:** وإيضاح المعلومات والتوريات والمنسيات وما بين السطور وتفسير الأحلام. ومن أنواعه الإيضاح اللفظى والصامت والعام والخاص. ومن عوامل نجاح التفسير أن يكون كاملا وصحيحاً وعقلانيا وعلميا وعملياً وسهلاً ومفهوماً.

* **الاستبصار:** وفهم الذات وتقبلها وفهم الواقع وتقبله ومعرفة نقاط الضعف لتحويلها إلى نقاط قوة ومعرفة الخبرات المؤلمة لتحويلها إلى خبرات معلمة.

* **التعلم وإعادة التعلم:** ويقصد بذلك التعلم والتعليم العلاجى. ويتضمن ذلك إعادة تدريب إدراكى وإعادة بناء وإعادة تنظيم وإيحاء وإقناع وتعليم عادات سلوكية وخبرات واتجاهات وسلوك سوى، وتعليم فنيات صيانة الشخصية وأساليب التوافق وحل المشكلات مستقلا مستقبلاً، وتعليم مهارات جديدة وأساليب تعامل جديدة، وتعليم ضبط النفس.

* **نمو وتغير الشخصية:** وهذا يؤدى إلى النضج والفطام النفسى والاستقلال الاجتماعى وتغير الشخصية وظيفياً ودينامياً، وتعديل نظام القيم.

* **علاج المرض:** وإحلال سلوك سوى محل السلوك غير السوى وتغيير ما يلزم تغييره وضبط مثيراته وضبط الاستجابات السلوكية بحيث يصل المريض إلى التنظيم والضبط الذاتى لسلوكه حتى يتعدل السلوك ويتغير من سيئ إلى حسن ومن مرضى إلى صحى ومن غريب إلى مألوف ومن شاذ إلى عادى ومن لا متوافق إلى متوافق ومن جامد إلى مرن.

* **تحقيق الأهداف:** وهى حل المشكلة وعلاج المرض وتغيير السلوك وإزالة الحساسية النفسية وتحقيق التوافق وتحقيق الصحة النفسية.

* **تقييم عملية العلاج:** وتقويم السلوك بمقارنة حالة المريض قبل عملية العلاج وبعدها، مع الاستعانة بتقرير ذاتى من المريض والاستعانة بالاختبارات والمقاييس النفسية وخاصة اختبارات التشخيص.

* **إنهاء عملية العلاج:** وذلك بعد تحقيق الأهداف والاطمئنان عن طريق عملية التقييم والمتابعة المنظمة لاستمرار التحسن واستقراره مع الاحتراس ضد الانتكاس.

عيادات العلاج النفسى:

العيادة النفسية هى المكان الذى يتم فيه استقبال المريض النفسى وإجراء فحصه وتشخيص حالته وإتمام علاجه.

ويتألف **فريق العيادة النفسية** من المعالجين والمرشدين النفسين المتخصصين وأخصائى القياس النفسى والطبيب النفسى والأخصائى الاجتماعى، وعدد آخر من الأخصائيين فى طرق معينة من العلاج أو الوسائل العلاجية المساعدة.

وفى مصر يوجد عدد من العيادات النفسية بالجامعات، أشهرها العيادة النفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس والتى أنشئت عام ١٩٣٤، ومنها ما يوجد بأقسام علم النفس بكليات الآداب وأقسام الطب النفسى بكليات الطب. وهناك عيادات نفسية تابعة لوزارة التربية والتعليم ووزارة الشئون الاجتماعية، وتوجد عيادات نفسية ملحقة بالمستشفيات العامة.

رعاية الصحة النفسية للشباب:

من واجب المعلم الجامعى رعاية الصحة النفسية للطلاب، **ولتحقيق ذلك يجب مراعاة مايلى:**

* معرفة أن مفهوم «المعلم ـ المرشد» بل «المعلم ـ المعالج» من أهم المفاهيم التى يجب وضعها فى الحسبان فى إعداد المعلم فى بلدنا ما دام العدد الكافى من المرشدين النفسيين والمعالجين النفسيين لم يتوافر بعد فى مدارسنا وجامعاتنا.

* العمل على أن يكون هو نفسه متمتعا بالصحة النفسية، ففاقد الشئ لا يعطيه. ويتطلب ذلك تحقيق الأمن النفسى والاستقرار النفسى والتوافق والتخفيف من المشكلات المتعلقة بالنواحى العملية والاجتماعية والاقتصادية، ومشكلاته الشخصية، ومشكلاته مع الطلاب ومع المسئولين وفى المجتمع.

* القيام بمسئولية رعاية النمو النفسى للطلاب وتطبيق أسس الصحة النفسية فى إطار عمله التربوى إلى جانب اهتمامه بعملية التربية وبالتحصيل العلمى. فالمعلم واضح التأثير فى الطلاب، وهو نموذج سلوكى يحتذيه الطالب ويتوحد معه، وهو ملقن علم ومعرفة، وهو موجه سلوك يصحح سلوك الطلاب إلى أفضل عن طريق وضعهم فى خبرات سلوكية سوية. وهو معلم مهارات التوافق، ومشخص أعراض أى اضطراب سلوكى، ومصحح ومعالج لهذا الاضطراب.

* العمل على تحقيق مطالب النمو فى مرحلة الشباب بالنسبة للطلاب، ومنها: تحقيق الصحة الجسمية، ونمو مفهوم سوى للجسم، والنمو العقلى المعرفى، وتكوين المهارات والمفاهيم العقلية المطلوبة، ونمو الابتكار، ونمو الثقة فى الذات، وتقبل المسئولية الاجتماعية وتحملها، ونمو الذكاء الاجتماعى، والتأهيل المهني، وتعلم المفاهيم واكتساب المهارات اللازمة للمشاركة فى الحياة المدنية للمجتمع، والانتماء، ومعرفة السلوك الاجتماعى المعيارى ومسايرته، واكتساب القيم الصالحة والنمو الأخلاقى والدينى القويم.

* العمل على إشباع الدوافع والحاجات النفسية لدى الطلاب مثل الحاجة إلى الأمن والانتماء والحب والمحبة والمكانة والتقدير والتوافق والمعرفة ... إلخ.

* تنمية السوية والسلوك السوى لدى الطلاب وخاصة عن طريق القدوة الحسنة والرعاية التربوية والنفسية السليمة.

* تنمية خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية وأساسها التوافق والشعور بالرضا والسعادة الشخصية والاجتماعية والسلوك السوى والتكامل النفسى.

* دراسة طرق وأساليب الإرشاد والعلاج النفسى الشائعة والحديثة، وأحدثها إرشاد الصحة النفسية.

* دراسة بعض اختبارات ومقاييس الصحة النفسية والتوافق النفسى المتخصصة فى مصر ومنها: مقياس الصحة النفسية، ومقياس الإرشاد النفسى، ومقياس حدد مشكلتك بنفسك، واستفتاء مشاكل الشباب، واختبار الشخصية السوية، واختبار مفهوم الذات الخاص، واختبار التشخيص النفسى... إلخ.

* الإلمام بأسباب المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسيـة حتى يمكن العمل على تجنبها فى إطار العمليـة التربوية، وخاصة الأسبـاب النفسية مثـل الصراع والإحباط والحرمـان والخبرات السيئة أو الصادمة والعادات غير الصحية ومفهوم الذات السالب، والأسباب التربوية مثل سوء العلاقة بين المعلم والطالب وزملائه والتأخر الدراسى... إلخ.

* مـعرفـة أعراض المشكلات والاضطرابات والأمـراض النفـسيـة وزملات الأعـراض المرضيـة وأسبابها ومـدى حدوثها، حتى يمكن اتخاذ الإجراءات الوقائيـة والتعرف المبكر على المرض النفـسى فى حالة حـدوثه، وبذل أقصى جـهد ممكن لعـلاجه، و إحالـة من يحتـاج إلى علاج متخصص إلى الأخصائيين فى الوقت المناسب.

* معرفة إجراءات عملية العلاج النفسى، لأن المعلـم نفسه واحد من فريق يمكن أن يشارك فيها مشـاركة إيجابية. فـعملية العـلاج النفسى هى عمل فـريق يحتاج إلى تعـاون المعالج والمعلم والوالد وكل من يهمه أمر المريض.

* الاطلاع على مراجع الصحة النفسية الأساسية وخاصة ماكتب منها أصلا للمعلمين.

* * *

الباب الثانى

دراسات وبحوث فى الإرشاد النفسى

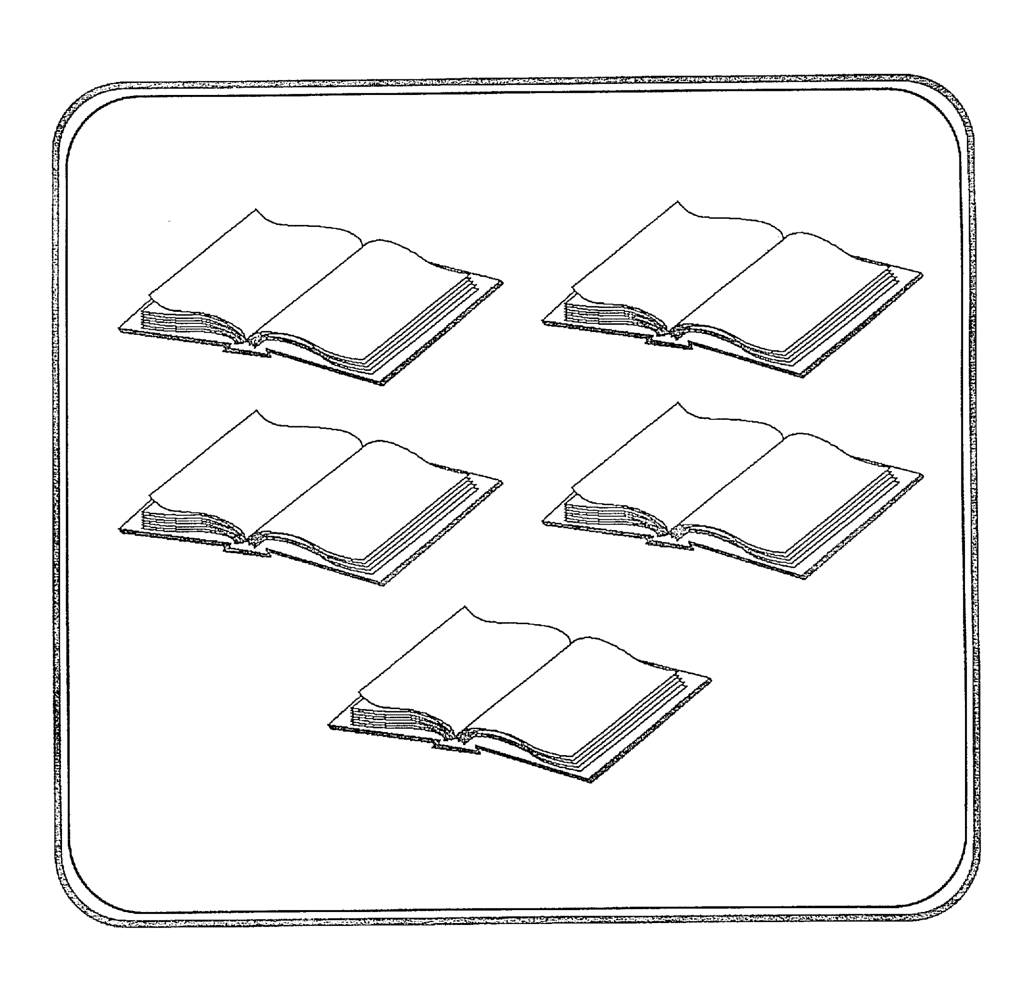
(٩) الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى.

(١٠) التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر بين الواقع والمثالية.

(١١) الإرشاد التربوى فى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل.

(١٢) المعلم ـ المرشد ودوره فى الإرشاد النفسى.

(١٣) التوجيه والإرشاد النفسى: نظرة شاملة.



[٩] الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى(*)

مقدمة:

عندما قررت إعداد هذا البحث لأقدمه فى مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى (فى ميدان علم النفس) تساءلت عدة أسئلة:

- ما مستوى إنتاجية الإنسان المصرى (بالنسبة للمستوى العالمى)؟
- ما الدليل على ذلك؟
- ما أهم العوامل النفسية لرفع إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل النفسية المسئولة عن خفض إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل التربوية لرفع إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل التربوية المسئولة عن خفض إنتاجية الإنسان المصرى؟

ووضعت هذه التساؤلات فى «استفتاء رفع إنتاجية الإنسان المصرى»، وهو استفتاء مفتوح الطرف، وعرضته على ١٠٠ من أعضاء هيئة التدريس بالجامعة (جامعات عين شمس، والقاهرة، والأزهر، وحلوان)، وتم تحليل استجاباتهم.

مستوى إنتاجية الإنسان المصرى:

كانت أهم نتائج الاستفتاء فيما يتعلق بمستوى إنتاجية الإنسان المصرى تتلخص فى الآتى: مستوى إنتاجية الإنسان المصرى (بالنسبة للمستوى العالمى) تتراوح بين المنخفض (٨٨٪) والمتوسط (١٢٪)، أما المرتفع (صفر).

وكان الدليل على انخفاض مستوى إنتاجية الإنسان المصرى فى رأى الكثيرين هو:

- انخفاض مستوى الأداء لدى العامل المصرى، وسوء حال المنتجات الصناعية والزراعية.
- تفضيل الإنتاج المستورد على المحلى (منخفض الجودة).
- الاعتماد على الاستيراد أكثر من التصدير.
- الاهتمام بالكم أكثر من الكيف.

(*) مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى، جامعة الأسكندرية. (أغسطس ١٩٨٤).

ـ التأخر علميا والاعتماد على بعض التكنولوجيا المستوردة من الخارج.

ـ التخلف عن مسايرة روح العصر وإيقاعه وحركته المستمرة المتطورة، وتأخر الأخذ بأحدث منجزات العصر فى العمل.

ـ انخفاض الناتج القومى وانخفاض مستوى الإنتاج بصفة عامة.

ـ زيادة الاستهلاك عن الإنتاج.

ـ نقص استغلال الإمكانات الطبيعية المتاحة، وضعف الموارد الاقتصادية.

ـ إهدار الموارد والخامات بسبب سوء الإنتاج (كما فى إنتاج الخبز).

ـ امتلاء الشوارع والمقاهى طوال اليوم بالناس والسيارات، وكأنه لا عمل لدى الناس، وذهاب العاملين إلى أعمالهم متأخرين ومغادرتها مبكرين، وخلو كثير من أماكن العمل من العاملين بها، وكأن هذا «إضراب سلبى» عن العمل.

الإرشاد المهنى ضرورى لرفع إنتاجية الإنسان المصرى:

كان أهم اقتراح لرفع إنتاجية الإنسان المصرى (فى ميدان علم النفس) هو «الإرشاد النفسى» بصفة عامة، و«الإرشاد المهنى» بصفة خاصة.

حقا إن علم النفس بصفة عامة، والإرشاد النفسى بصفة خاصة والإرشاد المهنى بصفة أخص يستطيع الإسهام فى رفع إنتاجية الإنسان المصرى ليأخذ مكانه اللائق به فى عصر التقدم العلمى والتكنولوجى.

والإرشاد النفسى Psychological Counselling عملية بناءة، تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمى إمكاناته ويحل مشكلاته، فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكى يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا.

وتتعدد مجالات الإرشاد النفسى ومنها: الإرشاد العلاجى، والإرشاد التربوى، والارشاد المهنى، والإرشاد الزواجى، والإرشاد الأسرى، وإرشاد الأطفال، والإرشاد الشباب، وإرشاد الكبار، وإرشاد الفئات الخاصة (حامد زهران، ١٩٨٠).

والإرشاد المهنى Vocational Counselling هو عملية مساعدة الفرد فى اختيار مهنته بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الاجتماعية وجنسه، والإعداد والتأهيل

لها، والدخول فى العمل، والتقدم والترقى فيه، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق المهنى والكفاءة الإنتاجية.

ويهدف الإرشاد المهنى إلى وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب، مما يؤدى إلى رفع إنتاجية العاملين ويعود على الفرد والمجتمع بالخير.

ولا شك أن قرار تحديد المهنة يجب أن يتخذ بحكمة، حتى يسلك المواطن الطريق الصحيح فى تعليمه وتدريبه وفى عمله، حتى يقضى حياته فى مهنة تناسبه ويستقر فيها ويرضى عنها، مما يؤدى إلى إشباع حاجاته النفسية ورفع إنتاجيته (وود Wood، ١٩٧٤).

عوامل خفض إنتاجية الإنسان المصرى:

تتلخص نتائج تحليل استجابات استفتاء رفع إنتاجية الإنسان المصرى فيما يلى:

* غياب الإرشاد النفسى، ويتمثل فى:

- عدم وجود برامج للإرشاد التربوى والمهنى فى مؤسساتنا التربوية والإنتاجية، وعدم وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب، وعدم وجود توصيف للأعمال (كم منا قيس ذكاؤه أو قدراته أو شخصيته أو ميوله المهنية؟!).
- الاقتصار على مقابلة الدقائق، أو ما يسمى الاختبار الشخصى عند التعيين، حيث يكتفى بالمظهر العام والمعلومات العامة والطلاقة اللفظية والحالة الانفعالية للفرد، وبعض السجلات التى تحتوى عادة على الاسم والعمر والتخصص والتقدير والعنوان، وهذه معلومات لا تكفى.

* سوء الاختيار المهنى، ويتمثل ذلك فى:

- الاختيار بطريق الصدفة أو عن جهل الشخص بإمكاناته ومتطلبات المهنة.
- اختيار المهن البراقة ذات السمعة أو المكانة الاجتماعية كالطب والهندسة، أو العائد الاقتصادى بصرف النظر عن الاستعداد لها.
- الاختيار المتسرع المغامر.
- ضيق الأفق المهنى ونقص المعلومات المهنية المتعلقة بالأعمال المختلفة التى يمكن للفرد أن يلتحق بها والمؤهلات المطلوبة.
- مسايرة الرفاق والأصدقاء والأقارب فى اختياراتهم.

- عدم الاختيار، بل الإجبار كما يحدث فى توزيع القوى العاملة للخريجين أحيانا، أو تحديد الأسرة لمهنة الولد وإجباره على دخول مهنة الأسرة، أو إجباره على دخول مهنة كان الوالد يأمل فى أن تكون مهنته.

* شكلية الإعداد المهنى، ويتمثل ذلك فى:

- شكلية التعليم وانخفاض مستواه بصفة عامة، والتأهيل المهنى بصفة خاصة.
- تخلف مناهج التعليم العام بصفة عامة، وضعف التعليم الفنى بصفة خاصة.
- قصور تحديد إجراءات العمل بوضوح، ونقص التمكن من مهارات العمل وخبراته.
- قصور وصورية التدريب كما أوكيفا وفقا لأصوله المتبعة.
- نقص أو غياب التدريب أثناء الخدمة.
- عدم ظهور نتائج إيجابية للتعليم الأساسى حتى الآن.
- إهمال إعداد الكوادر الفنية بطريقة تتفق وحاجات العمل.
- إهمال الإعداد النفسى للمهنة.
- نقص إعداد معلمى المرحلة الأولى والتعليم الفنى.

* أخطاء توزيع القوى العاملة، ويتمثل ذلك فى:

- قصور مراعاة أصول الهندسة البشرية فى التوزيع المهنى.
- وضع أشخاص غير مناسبين فى مهن لا تناسبهم، كما يحدث فى مجال التدريس دون إعداد تربوى.
- قصور نظام القوى العاملة فى تعيين الخريجين، وتأخير توزيع القوى العاملة لفترة طويلة، مما يقلل الكفاءة أو يدفع إلى البحث عن أى عمل بصرف النظر عن التخصص.

* مشكلات الالتحاق بالعمل، وتتمثل فى:

- قصور معرفة طرق التقدم إلى العمل وكيفية ملء طلبات الالتحاق.
- قصور معرفة طرق مقابلة أصحاب العمل.

* سوء إدارة الأعمال، ويتمثل فى:

- سوء بعض القيادات الإنتاجية وعدم اختصاصها (أهل الثقة وليس أهل الخبرة).
- عدم مشاركة العاملين فى اتخاذ القرارات.

- ضعف العلاقات الإنسانية داخل العمل.

- التسيب ونقص الانضباط فى المصالح الحكومية (والشارع المصرى).

- الروتين المعطل والبيروقراطية المعقدة فى الأعمال الإدارية والأجهزة الحكومية.

- التسلط من جانب الرؤساء والخضوع من جانب العاملين.

- افتقاد الأجيال الجديدة للقدوة الحسنة.

* سوء التوافق المهنى، ويتمثل فى:

- سوء التوافق مع ظروف العمل أو مع رفاق العمل أو عدم الرضا عن الدخل من العمل أو التأثير السيء لنوع العمل على الصحة.

- نقص الاستقرار المهنى وترك العمل أو تغييره أو هجره والتحول إلى أعمال أخرى.

* البطالة، وتتمثل فى:

- البطالة الصريحة حيث يظل الفرد ينتظر سنوات حتى يتسلم عمله، وبطالة الشباب خاصة فى الإجازات ،وعدم شغل وقت فراغهم فى الإنتاج، وعدم مشاركة نسبة كبيرة من الإناث فى الإنتاج.

- البطالة المقنعة حيث توضع أعداد كبيرة من العاملين فى أعمال لا تحتاج إلا إلى أعداد محدودة، وشيوع ظاهرة غياب العاملين، وحيث تتقلص ساعات العمل الفعلى، وتكثر الإجازات، وحيث يضيع الوقت سعيا لحل مشكلات الحياة اليومية، وجريا وراء قضاء الحاجيات مثل الوقوف فى الطوابير والانتقال فى المواصلات المزدحمة الزاحفة حيث يعتبر اليوم كله ساعة ذروة.

* نقص الأجر، ويتضح ذلك فى:

- عدم ربط الأجر بالإنتاج، وانخفاض الروح المعنوية والعمل «على قدر فلوسهم».

- عدم التناسق أو التقارب بين أجور القطاع العام والقطاع الخاص، وشركات الاستثمار.

- نقص الحوافز المادية والمعنوية.

- اعتبار حوافز الإنتاج بديلا لزيادة الأجور، واعتبارها حقا لمن ينتج ولمن لا ينتج.

- عدم وجود حوافز حقيقية مشجعة للمنتجين، وعقوبات حقيقية رادعة للمقصرين.

* عادات سلوكية سيئة، ومنها:

- إهمال تكوين العادات والاتجاهات المرغوبة كالرغبة والجدية فى العمل.
- الإهمال والتواكل واللامبالاة ونقص الشعور بالمسئولية الاجتماعية.
- الاهتمام الجنونى بالرياضة خاصة الكرة، مما يوقف عجلة الإنتاج فى بعض الأحيان.
- اعتماد الأسرة على عائل عامل واحد يعمل والباقون عالة عليه لا يعملون مما «يهد حيله».

* بعض السمات السلبية فى الشخصية المصرية، مثل:

- الجمود والتقاليدية والمحافظة على الأساليب القديمة فى الإنتاج.
- الارتجال والسطحية فى العمل.
- نقص الديموقراطية فى مجال العمل والإنتاج، وتسلط الرؤساء وسلبية المرؤوسين، ونقص الاهتمام بالجوانب الإنسانية فى مجال الإنتاج.
- فوضى الألقاب المهنية (مثل الباشمهندس والدكتور والأستاذ والمعلم).
- الفهلوة كما فى التصرف والوصول بأقصر الطرق.
- المصائب الثلاث: البقشيش، ومعلهش، وأنا مالى.

* عوامل أخرى، مثل:

- اضطراب الأمن النفسى بصفة عامة.
- الضغط النفسى المرتبط بمعاناة الإنسان المصرى من عبء مشكلات الحياة اليومية.
- القلق النفسى وضعف الثقة فى الحاضر والخوف من المستقبل.
- الحرمان ونقص إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية داخل مجال العمل وخارجه.
- الإحباط للشعور بعدم العدالة الاجتماعية كما ينبغى.
- الاغتراب والشعور بنقص الانتماء.
- انتشار بعض الاضطرابات السلوكية والعصابية دون الاهتمام الواجب بعلاجها.
- نقص البحوث وعدم ربطها بالواقع وحاجات المجتمع والإنتاج.
- نقص الابتكار والاعتماد على استيراد التكنولوجيا من الخارج.
- ارتفاع نسبة الأمية.

- عدم الاهتمام برفع إنتاجية الفئات الخاصة من المعوقين.
- الوضع الغريب للهرم الاجتماعى.

برنامج الإرشاد المهنى:

اذا كنا نهدف إلى العمل على رفع إنتاجية الإنسان المصرى، فلابد من وضع برنامج للإرشاد المهنى.

وبرنامج الإرشاد المهنى هو برنامج مخطط منظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية يقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه فريق من المسئولين المؤهلين.

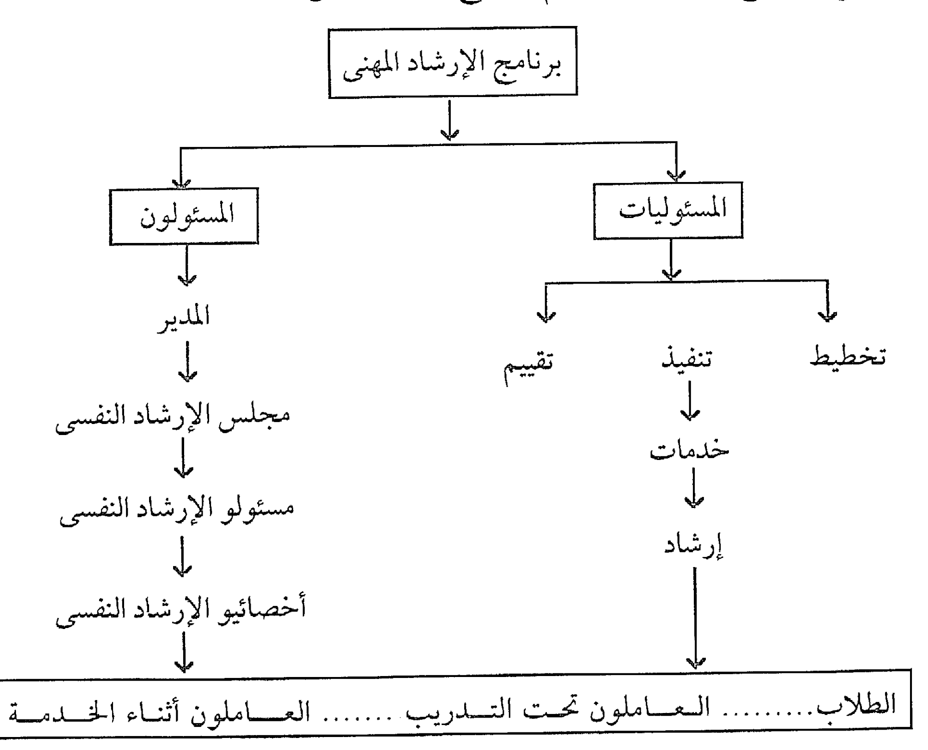
أهداف البرنامج:

يهدف البرنامج إلى ما يلى:

- تحقيق أهداف الإرشاد النفسى بصفة عامة وهى تحقيق الذات وتحقيق التوافق والصحة النفسية.
- تحقيق أهداف الإرشاد المهنى بصفة خاصة وأهمها وضع العامل المناسب فى العمل المناسب (وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب).

نموذج لبرنامج الإرشاد المهنى:

يوضح النموذج الآتى الشكل العام لبرنامج الإرشاد المهنى:



تخطيط البرنامج

تتلخص أهم معالم تخطيط برنامج الإرشاد المهنى فيما يلى:

- تحديد أهداف البرنامج.
- تحديد وسائل وطرق تحقيق الأهداف مثل المجلات والاختبارات والمقاييس... إلخ.
- تحديد الإمكانات الموجودة لاستغلالها، والمطلوبة لتوفيرها.
- تحديد الميزانية اللازمة لتنفيذ البرنامج فى ضوء الوسائل والإمكانات الموجودة والمطلوبة وتحديد مصادر التمويل.
- تحديد الخدمات التى يقدمها البرنامج نفسيا وتربويا وتدريبيا واجتماعيا وصحيا وبحثيا... إلخ.
- تحديد الخطوط العريضة لتنفيذ البرنامج، مثل الخطوات الأساسية والأولويات والبدايات والنهايات والمدى الزمنى للتنفيذ وإنجاز عملية الإرشاد المهنى.
- تحديد إجراءات تقييم البرنامج، وذلك بهدف التقويم، ويتضمن ذلك إعداد لوازم التقييم والمتابعة لمعرفة مدى نجاح البرنامج فى تحقيق أهدافه.
- تحديد المسئولين عن تنفيذ البرنامج.
- تحديد الهيكل الإدارى لتنظيم البرنامج وتيسير تنفيذ والإشراف عليه (حامد زهران، ١٩٨١).

خدمات البرنامج:

يتضمن برنامج الإرشاد المهنى العديد من الخدمات المتخصصة على النحو التالى:

التربية المهنية: Vocational Education

وتتمثل فى أنشطة تربوية ومنهج تعليم ييسر المعلومات المهنية والنمو المهنى ابتداء من مرحلة التعليم الأساسى الذى يأخذ بمبدأ ربط التعليم بالعمل المنتج. وبالإضافة إلى المواد الأكاديمية الأساسية تتضمن التربية المهنية ما يلى:

- إدخال مواد وخبرات ـ فى مناهج الدراسة بالتعليم الأساسى ـ عن المهن لمساعدة الطلاب فى الحصول على المعلومات والمهارات المهنية اللازمة لنموهم المهنى، ولاختيارهم المهنى الذى يحدث فى مستقبلهم القريب. ويتعاون المرشدون والمدرسون فى تنفيذ ذلك.
- استكشاف استعدادات الطلاب وميولهم المهنية المبكرة، ورعاية الاستعدادات وتربية الميول وتقديم الخبرات التى تنميها.

- تجويد مناهج التعليم الفنى المتخصص فى المستوى الثانوى.
- تطوير مناهج الإعداد المهنى فى المستوى الجامعى والعالى.
- الاستعانة بكل مصادر المعلومات مثل النشرات والمجلات والكتيبات والكتب التى تصدرها المؤسسات والاتحادات المهنية ومراكز التدريب والمؤسسات الإنتاجية ومصالح القوى العاملة والنقابات المهنية، وتخصيص جزء متخصص من المكتبات لمصادر ومراجع «المعلومات المهنية».
- الاستعانة بالمصادر الحية للمعلومات المهنية مثل الندوات والمؤتمرات والمحاضرات التى يقدمها المرشدون المهنيون والعاملون والخبراء فى المهن المختلفة، ويستعان فيها بالملعقات والتسجيلات والأفلام الخاصة بالإرشاد المهنى كالتى تعرض صورا حية للعمل فى المهن المختلفة.
- الاستعانة بوسائل الإعلام المهنى «المخطط» عن طريق الإذاعة والتليفزيون والسينما والصحف والمجلات والكتب والإعلانات.
- تنظيم الزيارات الميدانية لمواقع العمل.
- تنظيم العمل المؤقت فى المهنة تحت الإشراف أثناء العطلات.
- تعليم الدور المهنى الإيجابى الفعال فى إطار معايير السلوك المهنى المنضبط.
- تنمية قيم العمل وحب العمل واحترامه والرغبة فى الأداء الحسن.
- تنمية دافعية الإنجاز.
- تنمية الانتماء وتحمل المسئولية الاجتماعية فى الحياة اليومية وخاصة فى مجال العمل.
- تشجيع الابتكار وتبنى الابتكارات الجديدة.

(برنارد وفولمر Bernard & Fullmer، ١٩٧٢، برادلى Bradley، ١٩٧٣، حامد زهران، ١٩٨٤).

تحليل العامل:

وهو فى واقعه عبارة عن «تحليل الشخصية». ويهدف لدراسة وفهم شخصية العامل (الذى سيدخل العمل)، ويتضمن ذلك:

- دراسة وتحليل الشخصية وتحديد أبعادها وخصائصها ومكوناتها وديناميانها.
- دراسة الخصائص الجسمية مثل الصحة وقوة الاحتمال وحجم الجسم واليد المستخدمة والعيوب الجسمية المسموح بها.

- دراسة الخصائص النفسية مثل حدة الحواس، والمهارات اليدوية والعقلية، والسمات الاجتماعية والانفعالية.
- دراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات والميول والاتجاهات والمطامع ونواحى القوة ونواحى القصور.
- بيان الخبرة السابقة مثل التعليم والتدريب السابق.
- دراسة الميول المهنية واللامهنية لكل من الذكور والإناث.

(دالى Daly، ١٩٧١).

تحليل العمل: Job Analysis

ويلخصه معادلة تحليل العمل، وتتكون من:

- ماذا يفعل العامل (جسميا وعقليا): تحديد طبيعة العمل ومتطلباته من المهارة الجسمية والعقلية والنواحى التكرارية، وعوامل التقدم والنجاح فيه، ومستقبله، وتحديد تخصصاته الفرعية المتعددة والمتطورة. ويمكن الاستعانة بعدد من المصادر مثل «قاموس أسماء المهن» Dictionary of Occupational Titles وبه أكبر تصنيف عالمى للمهن ووصفها.
- كيف يقوم بالعمل (الوسائل المستخدمة): بيان الأجهزة والآلات والمعدات اللازمة للتدريب والعمل عليها، وبيان المواد والخامات التى يستخدمها العامل، وبيان مخاطر العمل ومطالب الأمن الصحى، وظروف العمل كالمكان والإضاءة والتهوية والضوضاء وساعات العمل ودوراته.
- لماذا يقوم بالعمل (الهدف منه): تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها، وبيان علاقة العمل بالأعمال الأخرى المطلوب التنسيق بينها، وتحديد الأجور وفرص الترقى.
- المهارات والمعارف المشتمل عليها (المهارات والمعارف والمسئوليات): مثل متطلبات العمل من المهارات والمعارف المتخصصة، وواجباته ومسئولياته، وعلاقة العامل بزملائه ومساعديه ورؤسائه.

(سيد مرسى، ١٩٧٦).

الاختيار المهنى:

وهدفه الرضا والارتياح فى العمل وزيادة الإنتاج وزيادة الدخل. ويتضمن ذلك:

- مساعدة الشخص فى اتخاذ قرار الاختيار المهنى والتخطيط للمستقبل المهنى. ويكون ذلك بإيقاظ اهتمامه نحو اختيار مهنته فى المستقبل، بعد تحليل شخصيته من ناحية، وتحليل العمل

من ناحية أخرى ليرى مدى الملاءمة بينهما ومناسبتهما بعضهما لبعض. وهذا يتطلب حصوله على معلومات وافية عن نفسه وعن عالم المهنة، وحبذا لو استخدم الحاسب الآلى فى هذا المجال.

- المساعدة فى اتخاذ قرار الدخول فى عالم المهنة أو عدمه فى حالة الإناث. فعلى الفتاة أن تتخذ قرارا بخصوص الزواج والمهنة، فهل ستتزوج وتكون ربة بيت، أم هل تعمل حتى تتزوج، أم هل تجمع بين الزواج والعمل. وهناك متغيرات كثيرة يجب أن توضع فى الحساب فى هذه الحالات مثل نوع المهنة وفرص الزواج والاستقرار الزواجى وساعات العمل ومطالب المهنة مثل السفر والمبيت خارج المنزل... إلخ (ثورينسين وميهرينز Thorensen & Mehrens، ١٩٦٧، بيجرز Biggers، ١٩٧١، هولاندر Hollander، ١٩٧١، هولاند وآخرون Holland et al.، ١٩٧٥).

التأهيل المهنى:

وهو عبارة عن «الإعداد المهنى»، ويتضمن:

- إكساب المهارات العامة والخاصة الضرورية للنجاح فى مهنة معينة. وهذه عملية تستغرق وقتا طويلا فى التأهيل المتخصص فى المدارس والمعاهد والكليات المتخصصة.
- تحديد «الصلاحية المهنية» بعد انتهاء التأهيل.

التدريب المهنى: Vocational Training

ويتضمن «التدريب العملى الميدانى» فى إدارات ومراكز التدريب وفى دورات التدريب بواسطة أخصائيين لتحقيق ما يلى:

- اكتساب المهارات العملية المطلوبة للقيام بالعمل والوصول إلى الكفاءة اللازمة للنجاح فيه، حيث يرى المتدربون ويسمعون ويمارسون الخبرة العملية بدرجة كافية كما وكيفا. وهذه عملية تستغرق وقتا طويلا فى التأهيل والإعداد والتدريب المتخصص.
- تحقيق الأمن المطلوب والسلامة والثقة الكافية والتقنين الواجب لتوحيد طريقة العمل.
- تطبيق الأساليب التكنولوجية الحديثة فى التدريب.

الانتقاء المهنى:

ويتلخص فى اختيار أصلح الأفراد وأقدرهم على إنجاز العمل بنجاح من المؤهلين والمدربين المتقدمين للعمل. ويتم ذلك عن طريق:

- مقابلة الانتقاء للتأكد من توافر المؤهلات والخبرات المطلوبة للعمل.
- إجراء الاختبارات النفسية المناسبة للتأكد من العوامل التى تنبىء بالنجاح فى العمل وزيادة الإنتاج.

(باتيرسون وهانسين Patterson & Hansen، ١٩٧٨).

التشغيل:

ويقصد به تقديم العامل إلى دنيا العمل، ويتضمن ذلك:

- المساعدة فى البحث الموفق عن عمل مناسب.
- المساعدة فى الدخول الناجح فى العمل فى تدرج مناسب.
- الاهتمام بتشغيل المتفوقين ومراعاة الاعتبارات الخاصة بهم مثل نوع الإعاقة ودرجتها ومدى تأثيرها فى الإنجاز.

الاستقرار فى العمل:

وهدفه أن يقوم العامل بالعمل على أفضل وجه ممكن ولأطول مدة ممكنة. ويتطلب ذلك:

- توافر متطلبات العمل لدى العامل.
- توفير ظروف العمل المناسبة.
- تدعيم وتقوية البناء الاجتماعي للمؤسسة الإنتاجية خاصة بناء العلاقة الاجتماعية وبناء الاتصال حتى يجذب الأفراد إليها ويجعلهم متماسكين.
- تدعيم العلاقات الإنسانية والمناخ الديموقراطى فى مجال العمل، وإشراك العاملين فى تخطيط العمل وتنفيذه.
- الاهتمام بالعلاقات المهنية فى مجال العمل والإنتاج مثل: العلاقات بين الرؤساء والمرؤوسين مما يؤدى إلى تجويد الإنتاج والنمو المهنى والرضا عن العمل وعن الدور المهنى.
- الاهتمام بالعلاقات بين أصحاب العمل والعاملين فى مناخ اجتماعى ديموقراطى تسوده الروح المعنوية العالية.
- الاهتمام بالعلاقات بين الزملاء فى العمل بحيث تكون منسجمة تؤدى إلى تماسك الجماعة وتكاملها.

الترقى:

وهدفه تحقيق الرضا والتوافق المهنى، ويتطلب ذلك:

- تحديد بناء الحراك الرأسى فى جماعة العاملين.
- إتاحة جميع فرص التقدم والترقى فى العمل إلى أعلى الدرجات أمام الجميع.
- تطبيق نظام الثواب والعقاب (ماديا ومعنويا) والعمل بعدالة وحسم وحزم.

التوافق المهنى: Vocational Adjustment

ويتركز حول التوافق بالنسبة للظروف المهنية، ويتطلب ذلك:

- تقبل العمل والرضا عنه وعن طريقة إنجازه، وإجادته والنجاح فيه.
- التوافق مع زملاء العمل.
- الرضا بالدخل الذى يدره العمل.
- المرونة والقدرة على التوافق مع الظروف المتغيرة فى العمل.
- حل مشكلات العمل أولا بأول وفى حينها.
- إشباع الحاجات النفسية من خلال العمل.
- الاهتمام بالصحة النفسية للعاملين فى كل المجالات.

الخدمات الإرشادية:

وهى الخدمات الخاصة بعملية الإرشاد المهنى نفسها. وتتضمن ما يلى:

- دراسة الحالات الفردية.
- استخدام الوسائل الفنية المتقدمة لدراسة الفرد والجماعة مثل الحاسب الآلى وآلات التعليم المبرمج والدوائر التليفزيونية المغلقة وأشرطة الفيديو... إلخ.
- تقديم خدمات الإرشاد المهنى الخاصة بالمعوقين.
- استخدام الطرق الفردية والجماعية ومن خلال العملية التربوية وحتى وقت الفراغ، وبطريقة الإرشاد المطول أو الإرشاد المختصر فى إطار إنمائى وقائى علاجى (أيفى وأوثير Ivey & Authier، ١٩٧٨).

الخدمات النفسية:

وتتضمن ما يلى:

- إجراء الفحوص والبحوث ودراسة الشخصية، والتشخيص وتحديد المشكلات العامة والخاصة.

- استخدام وسائل جمع المعلومات مثل المقابلة والملاحظة ودراسة الحالة ومؤتمر الحالة والسيرة الشخصية والسجلات.

- التعرف المبكر على الحالات التى تحتاج إلى خدمات متخصصة، والاهتمام بالحالات الخاصة التى تحتاج إلى مساعدة نفسية مركزة.

- تقديم الخدمات النفسية المساعدة فى الإرشاد والعلاج التربوى والزواجى والأسرى.

(باتيرسون وهانسين Patterson & Hansen، ١٩٧٨).

الخدمات التربوية:

وتتضمن ما يلى:

- تقديم معلومات وخبرات تتضمنها خدمات التربية المهنية والتعريف بالإمكانات التربوية المختلفة.

- تقديم الخدمات المتعلقة بالاستشارة التربوية.

- توجيه الطلاب الجدد نحو فروع التخصص المناسبة لهم.

- تقديم الرعاية التربوية وتدعيم الأنشطة التربوية والرياضية والفنية.

الخدمات الاجتماعية:

وتتضمن ما يلى:

- إجراء البحوث الاجتماعية وتقديم الخدمات الفردية والجماعية.

- تنظيم وتدعيم العلاقات والاتصال والتعاون بين مؤسسات العمل والأسرة لصالح العامل والعمل.

- الاتصال بباقى المؤسسات الاجتماعية فى البيئة المحلية.

- استخدام مصادر المجتمع لصالح العمل والعامل.

الخدمات الصحية:

وتتضمن ما يلى:

- خدمات الأمن الصحى مثل الأمن الصناعى.

- الاهتمام بالتربية الصحية والطب الوقائى والصحة النفسية والطب النفسى الوقائى.

- توفير العلاج الطبى للجميع واللازم لبعض الحالات الخاصة والمعوقين.

إعداد وتدريب المسئولين:

ويتضمن ما يلى:

- إعداد وتدريب المسئولين عن برنامج الإرشاد المهنى من مرشدين وأخصائيين نفسيين وأخصائيين اجتماعيين ومدرسين ـ مرشدين... إلخ.
- تجديد تدريب هؤلاء أثناء الخدمة.
- إرشاد المعلم الصالح.
- تحديث الإدارة والتخلص من الروتين المقيد والبيروقراطية المعوقة.

(لاندى Landy، ١٩٦٣).

البحث العلمى:

وتتضمن خدمات البحث العلمى ما يلى:

- إجراء الدراسات المسحية للقدرات والحاجات والاتجاهات والميول والمشكلات المهنية.
- إعداد وسائل الإرشاد المهنى مثل السجلات والاختبارات والمقاييس وإنشاء وتقنين بعضها على البيئة المحلية.
- دراسة وتحديد أنسب طرق الإرشاد المهنى.
- إعداد وسائل تقييم البرنامج وعملية الإرشاد وتطبيقها وتحليل نتائجها وتوصياتها.
- تحليل العمل فى كل مهنة.

(بيتروفيسا وآخرون .Pietrofesa et al، ١٩٧٨).

المتابعة:

وتتم خدمات المتابعة على مدى فترة زمنية قد تمتد لعدة سنوات، وتتضمن ما يلى:

- المتابعة المنظمة المنتظمة للذين يتلقون خدمات البرنامج حتى يمكن التأكد من توافقهم مع البيئة المهنية الجديدة، ولمعرفة اتجاهاتهم نحو العمل والزملاء والرؤساء ومدى تقبلهم لهم، ولتقديم المعونة اللازمة لهم.
- المتابعة المنظمة المنتظمة للذين تلقوا خدمات البرنامج وغادروا.

تنفيذ البرنامج:

يحتاج تنفيذ البرنامج إلى اتخاذ الإجراءات والتدابير الآتية:

- تعاون أعضاء فريق الإرشاد المهنى المسئولين للعمل على نجاحه وتحقيق أهدافه.
- تحديد الاختصاصات بين الأخصائيين والعاملين فى البرنامج.
- تحديد خطة زمنية للتنفيذ وتقديم خدمات البرنامج.
- تحديد كيفية بدء عملية التنفيذ، وتحديد زمن البدء.
- تحديد اجتماعات دورية للمسئولين: المدير ومجلس الإرشاد النفسى ومسئولى الإرشاد المهنى لدراسة نتائج ومراحل وخطوات التنفيذ وتحديد مشكلاتها وحلها واستئناف عملية التنفيذ.
- استخدام الوسائل والطرق المتطورة والحديثة فى تنفيذ البرنامج.

تقييم البرنامج:

يجب أن تتم عملية تقييم مستمرة للبرنامج بهدف التقويم. ويمكن وضع خطوات محددة لعملية تقييم البرنامج مثل:

- تحديد أسئلة للتقييم تتناول البرنامج بكل إجراءاته، تشير الإجابة عنها بالإيجاب إلى نجاح البرنامج، والإجابة عنها بالنفى إلى فشله.
- تحديد معايير التقييم وتقدير حال البرنامج بالنسبة لها، مثل تحقيق التوافق المهنى وارتفاع الإنتاجية... إلخ.
- تحديد طرق التقييم ووسائله واستخدامها لتحديد فعالية البرنامج ومدى تحقيقه لأهدافه، ومن ذلك الدارسات والبحوث الصحية والتجريبية ودراسة الحالات ودراسة التغيرات السلوكية التى تحدث لدى الطلاب أو العاملين نتيجة تنفيذ البرنامج، ومتابعة نجاحهم الفعلى، وأخذ رأى العاملين فى تنفيذ البرنامج، والمستفيدين منه.
- تحليل عملية التقييم وتفسيرها.
- اقتراح خطوات تقويم البرنامج وإصلاحه فى ضوء نتائج عملية التقييم المستمرة، وذلك بتحديد ما يجب تدعيمه أو تطويره أو تعديله من إجراءات البرنامج.

(ماكينون وجونز Mckinnon & Jones، ١٩٧٥، شيرتزر وستون Shertzer & Stone، ١٩٧٦).

توصية:

مما تقدم يمكن تقديم تـوصية شاملة تتلخص فى أن الإرشاد النفـسى حق لكل مواطن. ويجب الاهتمـام بالإرشاد المهـنى لوضع العـامل المناسب فى العـمل المناسب، حـيث يتم إعـداد برامج للإرشاد المهنى مخططة على أسس علميـة، وإعداد أخصائيين مسئولين مؤهلين لتـقديم خدماتها النفسية والـتربوية والاجتماعية، والقـضاء على عوامل خفض إنتاجيـة الإنسان المصرى. وفى هذا الإطار يوجه الاهتمام إلى حـسن الاختيار المهنى، وجدية الإعداد والتأهيل المـهنى، والتربية المهنية المتقدمة، وتحليل العـامل والعمل، وتجويد التدريب المهنى، وحسن الانتـقاء المهنى، وسلامة توزيع القوى العاملة، وتسهيل إجـراءات الالتحاق بالعمل والتشغيل، وتحقـيق التوافق المهنى والاستقرار فى العمل، والقضاء على البطالة، ورفع الأجور وربطها بالإنتاج، وتحسين إدارة الأعمال، وتكوين عادات سلوكية سليمة فى مجال العمل والإنتاج.

خاتمة:

وبعد... نتمنى أن تتبنى برنامج الإرشاد المهنى المقترح والتوصية المقدمة جهة قومية متخصصة، ونتمنى أن توضع له خطة زمنيـة متدرجة تشـتمل على إعداد المتخـصصين المسئولين عنـه والقيام بعمليات تجـريب وتقييم وتقويم. ونتمنى أن يتـواجد الإرشاد المهنى فى كل المؤسسات الإنتـاجية وفى كل مـجالات العـمل. وإذا كان لمثل هذه الدعوة أن يسـتجـاب لهـا، فنرجو أن يكون لهـا الاستمرار والتقدم، حتى نحقق هدفنا المنشود وهو رفع إنتاجية الإنسان المصرى.

والله الموفق،،،

المراجع

- المؤتمر الأول لعلم النفس (١٩٧١). تقرير لجنة علم النفس والإنتاج. القاهرة: مايو ١٩٧١.
- باترسون، س. هـ (ترجمة) حامد عبد العزيز الفقى (١٩٨١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. الكويت: دار القلم.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨١). الإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى. دراسات وبحوث مؤتمر التعليم الأساسى بين النظرية والتطبيق (أبريل ١٩٨١) جامعة حلوان. ص ٤٠٧ ـ ٤١٧.
- حامد عبد السلام زهران (١٩٨٤). علم النفس الاجتماعى (ط٥). القاهرة: عالم الكتب.
- سيد عبد الحميد مرسى (١٩٧٦). الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى والمهنى. القاهرة: مكتبة الخانجى.

- **Bernard, Harold W. & Fullmer, Daniel W. (1972).** Principles of Guidance: A Basic Text. Bombay: Allied publishers.
- **Biggers, J.L. (1971).** The use of information in vocational decision-making. Vocational Guidance Quarterly. 19, 171-176.
- **Bradley, R.W. (1973).** Preservice ocoupational information and vocational guidance curriculum: An evaluation. Counsellor Education & Supervision. 13, 117-128.
- **Daly, E.M. (1971).** A theory for the vocational counseling of women. Dissertation Abstracts International. 32, (1 A), 170.
- **Holland, J.L. et al. (1975).** Testing the validity of some theoretical signs of vocational decision-making ability. Journal of Counseling Psychology. 22, 411-422.
- **Hollander J.W. (1971).** Development of vocational decisions during adolescence. Journal of Counseling Psychology. 18, 244-248.
- **Ivey, Allen E. & Authier, Jerry (1978).** Microcounseling: Innovations in Interviewing, Counseling, Psychotherapy, and psychoeducation. (2nd Ed.). Spring Field, Illinois: Charles Thomas.
- **Landy, Edward. (1963).** Who does what in the guidance program? School Counselor. 10, 112-118
- **Mckinnon, Byron E. & Jones G. Brias (1975).** Field testing a comprehensive career guidance program k-12. Personnel & Guidance Journal. 53, 663-667.
- **Patterson, Kathleen M. & Hansen, James C. (1978).** Vocational Diagnostic

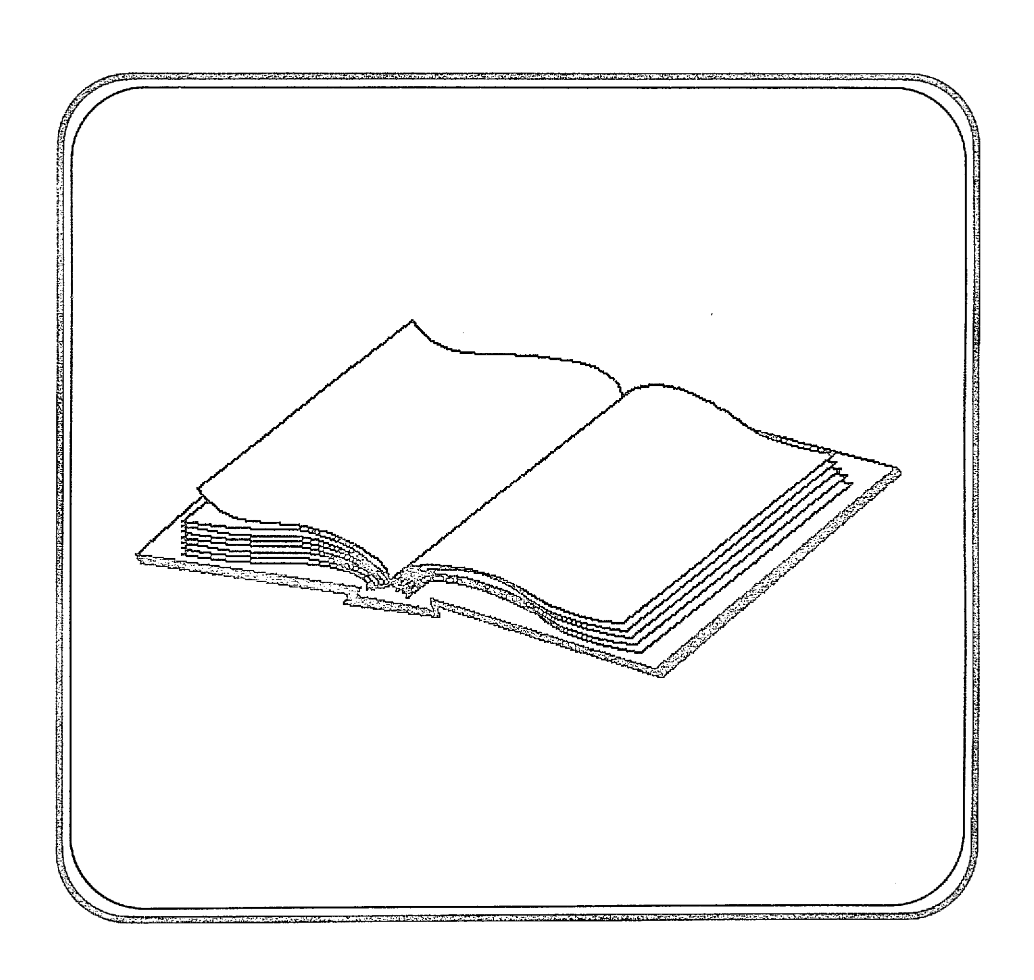
Intsrview. In Hansen, James C. (Ed.) Counseling process and procedures. New York: Macmillan. pp. 350-358.

- **Pietrofesa, John J. et al. (1978).** Counseling: Theory, Research, and Practice. Chicago: Rand Mcnnally.

- **Shertzer, B. & Stone, S.C. (1976).** Fundamentals of Guidance. (3rd) Ed.) Boston: Houghton Mifflin.

- **Thorensen, C.E. & Mehrens, W.A. (1967).** Decision theory and vocational counseling: Important concepts and questions. Personnel & Guidance Journal. 46, 165-172.

- **Wood, H. (1974).** Occupational outlook information: Its challenges in vocational guidance. Vocational Guidane Quarterly. 22, 301- 307.



[١٠] التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية(*)

مقدمة:

لقد جاء تحديد مصطلح «التوجيه والإرشاد» فى عنوان الدراسة الحالية عن قصد، فلم يقتصر على «التوجيه» ولم يقتصر على «الإرشاد». ومعروف أن مصطلحى التوجيه والإرشاد يعبران عن معنى مشترك لأنهما مترابطان، ووجهان لعملة واحدة، وكل يكمل الآخر. وفى نفس الوقت توجد فروق بين المصطلحين (من وجهة نظر الباحث). فالتوجيه هو مجموعة خدمات نفسية أهمها عملية الإرشاد النفسى، أى أنه يتضمن عملية الإرشاد، بينما الإرشاد هو العملية الرئيسة فى خدمات التوجيه النفسى، أى أنه لا يتضمن التوجيه. والتوجيه النفسى ميدان يتناول الأسس العامة والنظريات الهامة والبرامج وإعداد المسئولين عن عملية الإرشاد، بينما الإرشاد النفسى هو عملية، أى أنه يتضمن عملية الإرشاد نفسها عمليا وتطبيقيا، ويمثل الجزء العملى فى ميدان التوجيه. والتوجيه النفسى يسبق عملية الإرشاد ويعد لها ويمهد لها، بينما الإرشاد النفسى يلى التوجيه، ويعتبر الواجهة الختامية لبرنامج التوجيه. وهكذا يمكن القول إن التوجيه النفسى يختص بالتنظير، بينما الإرشاد النفسى يختص بالتطبيق (حامد زهران، ١٩٨٠).

وفى الدراسة الحالية نقدم نظرة شاملة للتوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية.

ومفهوم الواقع يشير إلى واقع الحال، والوضع الحقيقى الحاصل. ومفهوم المثالية يشير إلى الأمثل والأفضل والأعلى فى الرتبة والأشبه بالحق، وما يجب أن يكون. والمثالية بذلك تعتبر قوة دافعة لتحريك الواقع نحو المثال.

ومن البداية نود أن نؤكد أن هذه الدراسة - ربما بحكم تخصص الباحث - فى الإرشاد والعلاج النفسى - دراسة تشخيصية علاجية، تبرز الجوانب السالبة فى واقع التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر بهدف اقتراح الوضع المثالى المطلوب وممكن التحقيق. وهذا لا يعنى أنه لا يوجد فى واقع التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر أية إيجابيات، ولكن بعض الإيجابيات موجودة فى الواقع ولكنها ليست بالكفاية المثالية المطلوبة.

(*) مؤتمر التوجيه المهنى، وزارة القوى العاملة والتدريب. القاهرة - ديسمبر ١٩٨٦.

ونقدم الدراسة الحالية بعيدا عن الإحصاءات التى قد تضلل أكثر مما تهدى واكتفاء بالتقييم الكيفى فى ضوء الخبرة الأكاديمية والممارسة الميدانية العملية فى مجال التوجيه والإرشاد النفسى.

من الناحية النظرية:

من الناحية النظرية لدينا العلماء والمتخصصون، ومجالهم فى معظمه أكاديمى نظرى. وهم يعلّمون ويدرّسون أهم الأطر النظرية التى تساعد المرشدين فى تخطيط الأنشطة للإرشاد المهنى، وفى ضوء حاجات العميل مثل:

- نظرية السمات والعوامل: وتركز على سمات الشخصية وعلاقتها بالسمات المطلوبة للمهن.
- نظرية القرار: وتركز على اختيار الفرد لأفضل بديل مهنى.
- الاتجاه الاجتماعى: ويركز على تأثير العوامل الاجتماعية (مثل السلالة، والمكانة الاجتماعية الاقتصادية، والتعليم) على الاختيار المهنى.
- الاتجاه النفسى: ويركز على تأثير العوامل النفسية (مثل الدافعية، والحاجات، والقيم، والشخصية) على الاختيار المهن.
- الاتجاه النمائى: ويركز على الاختيار المهنى فى كل مرحلة من مراحل النمو.

ومن ناحية التنظير والبحث العلمى فى ميدان التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر، نعانى من نقص البحوث وقلة ربطها بالواقع وحاجات المجتمع والإنتاج. ونجد فى الواقع بعض الدراسات والبحوث المحدودة على مستوى الماجستير والدكتوراه، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر:

- دراسة تحليلية للقيم المرتبطة بالعمل لدى المراهقين المصريين (محمد جميل منصور).
- دراسة لأنماط القدرات العقلية اللازمة للتكيف والنجاح فى التدريب وبعض الميول المهنية وتطبيقاتها فى التوجيه المهنى (مصطفى الشرقاوى).

وهناك اتجاه للاهتمام ببحوث حول المهن المناسبة للمرأة المصرية فى ضوء ظروف المجتمع المصرى، ومستوى إنتاجية المرأة العاملة فى مصر، والإرشاد المهنى للمعوقين... إلخ (هيلين كوليرCollier، ١٩٨٢).

ومطلوب الاهتمام بالبحوث العلمية ذات التوجيه الاجتماعى وتطبيقها لصالح الإنتاج، وإجراء الدراسات المسحية للمشكلات المهنية وإعداد وسائل الإرشاد المهنى. ونتمنى أن تجرى البحوث فى إطار استخدام أساليب الإرشاد المختصر microcounselling فى مجال الإرشاد المهنى (ألين إيفى، جيرى أوثيرIvey &Authier ، ١٩٧٨).

ويلاحظ أن هذه البحوث والدراسات تتم فى أقسام علم النفس بعامة وليس فى أقسام متخصصة فى التوجيه والإرشاد المهنى، وهذا غير موجود فى مصر، ولكنه مطلوب.

والباحثون فى ميدان التوجيه والإرشاد المهنى يجدون بعض المصاعب لقلة الدوريات والمجلات العلمية المتخصصة فى التوجيه والإرشاد المهنى والتى يجب توفيرها بانتظام مثل:

- Encyclopedia of Vocational Guidance.
- Journal of Applied Rehabilitation Counseling.
- Journal of Employment Counseling.
- Personnel and Guidance Journal.
- Rehabilitation Counseling Bulletin.
- Vocational Guidance Quarterly.

منطلق من بحث سابق:

قدّم الباحث الحالى بحثا سابقا فى مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى الذى عقد بالأسكندرية فى أغسطس ١٩٨٤، بعنوان «الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى» (حامد زهران، ١٩٨٤).

وكانت التساؤلات الرئيسة فى البحث هى:

- ما مستوى إنتاجية الإنسان المصرى (بالنسبة للمستوى العالمى)؟
- ما الدليل على ذلك؟
- ما أهم العوامل النفسية لرفع إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل النفسية المسئولة عن خفض إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل التربوية لرفع إنتاجية الإنسان المصرى؟
- ما أهم العوامل التربوية المسئولة عن خفض إنتاجية الإنسان المصرى؟

ووضعت التساؤلات فى «استفتاء رفع إنتاجية الإنسان المصرى» الذى تم عرضه على ١٠٠ من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات المصرية، وتم تحليل استجاباتهم.

وكانت أهم نتائج الاستفتاء فيما يتعلق بمستوى إنتاجية الإنسان المصرى تتلخص فى الآتى: مستوى إنتاجية الإنسانية المصرى (بالنسبة للمستوى العالمى) تتراوح بين المنخفض (٨٨٪) والمتوسط (١٢٪)، أما المرتفع «صفر».

وكان الدليل على انخفاض مستوى إنتاجية الإنسان المصرى فى رأى الكثيرين هو:

- انخفاض مستوى الأداء لدى العامل المصرى، وسوء حال المنتجات الصناعية والزراعية.
- تفضيل الإنتاج المستورد على المحلى (منخفض الجودة).
- الاعتماد على الاستيراد أكثر من التصدير.
- الاهتمام بالكم أكثر من الكيف.
- التأخر علميا، والاعتماد على بعض التكنولوجيا المستوردة من الخارج.
- عدم مسايرة روح العصر وإيقاعه وحركته المستمرة المتطورة وعدم الأخذ بأحدث منجزات العصر فى العمل.
- انخفاض الناتج القومى وانخفاض مستوى الإنتاج بصفة عامة.
- زيادة الاستهلاك عن الإنتاج.
- عدم استغلال الإمكانات الطبيعية المتاحة، وضعف الموارد الاقتصادية.
- إهدار الموارد والخامات وسوء الإنتاج (كما فى إنتاج الخبز).
- امتلاء الشوارع والمقاهى طوال اليوم بالناس والسيارات وكأنه لا عمل لدى الناس، وذهاب العاملين إلى أعمالهم متأخرين ومغادرتهم مبكرين، وخلو كثير من أماكن العمل من العاملين بها، وكأن هذا «إضراب سلبى» عن العمل.

وكان أهم اقتراح لرفع إنتاجية الإنسان المصرى هو «الإرشاد المهنى» بصفة خاصة، وبهدف وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب بما يؤدى إلى رفع إنتاجية العاملين ويعود على الفرد والمجتمع بالخير، عن طريق مساعدة الفرد فى اختيار مهنته بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الاجتماعية وجنسه، والإعداد والتأهيل لها، والدخول فى العمل، والتقدم والترقى فيه، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق المهنى والكفاءة الإنتاجية.

وأما عن عوامل خفض إنتاجية الإنسان المصرى، فقد لخصتها نتائج تحليل استجابات استفتاء رفع إنتاجية الإنسان المصرى فى: غياب الإرشاد النفسى، وسوء الاختيار المهنى، وشكلية الإعداد المهنى، وأخطاء توزيع القوى العاملة، ومشكلات الالتحاق بالعمل، وسوء إدارة الأعمال، وسوء التوافق المهنى، والبطالة، ونقص الأجر، وهجرة العمالة الممتازة إلى الخارج، وبعض العادات السلوكية السيئة، وبعض السمات السلبية فى الشخصية المصرية.

وقد اقترح برنامج للإرشاد المهنى به تحديد لمسئولية تخطيط البرنامج. وانتقل إلى تحديد خدمات البرنامج مثل التربية المهنية، وتحليل العامل، وتحليل العمل، والاختيار المهنى، والتأهيل المهنى، والتدريب المهنى، والانتقاء المهنى، والتشغيل، والاستقرار فى العمل، والترقى، والتوافق المهنى، والخدمات الإرشادية، والخدمات النفسية، والخدمات التربوية، والخدمات الاجتماعية، والخدمات الصحية، وإعداد وتدريب المسئولين، والبحث العلمى، والمتابعة. وانتقل بعد ذلك إلى تنفيذ البرنامج ثم تقييمه.

وكانت التوصية الرئيسة للبحث تتضمن وجوب الاهتمام بالإرشاد المهنى لوضع الشخص المناسب فى المكان المناسب، حيث يتم إعداد برامج للإرشاد المهنى مخططة على أسس علمية، وإعداد أخصائيين مسئولين مؤهلين لتقديم خدماتها النفسية والتربوية والاجتماعية، والقضاء على عوامل خفض إنتاجية الإنسان المصرى. وفى هذا الإطار يوجه الاهتمام إلى حسن الاختيار المهنى، وجدية الإعداد والتأهيل المهنى، والتربية المهنية المتقدمة، وتحليل العامل والعمل، وتجويد التدريب المهنى، وحسن الانتقاء المهنى، وسلامة توزيع القوى العاملة، وتسهيل إجراءات الالتحاق بالعمل، وتحقيق التوافق المهنى والاستقرار فى العمل، والقضاء على البطالة، ورفع الأجور وربطها بالإنتاج، وتحسين إدارة الأعمال، وتكوين عادات سلوكية سليمة فى مجال العمل والإنتاج.

وفى ختام البحث تمنينا أن تتبنى برنامج الإرشاد المهنى المقترح والتوصيات المقدمة جهة قومية متخصصة، وأن توضع له خطة زمنية متدرجة تشتمل على إعداد المتخصصين المسئولين عنه والقيام بعمليات تجريب وتقييم وتقويم، وأن يتواجد الإرشاد المهنى فى كل المؤسسات الإنتاجية وفى كل مجالات العمل حتى نحقق هدفنا المنشود وهو رفع إنتاجية الإنسان المصرى. وأفضل الجهات لتحقيق هذا هى إدارة التوجية المهنى بوزارة القوى العاملة.

لقد آثر الباحث الحالى ـ على غير العادة ـ الاكتفاء بهذا البحث كمثال للبحوث السابقة فى مجال التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر، والذى قدّم فى مؤتمر علمى، لسبب محدد وهو أنه معروف أن المؤتمرات العلمية تسفر عن توصيات، وهذه التوصيات لابد لها من متابعة. ولكنه ـ بقدر علم الباحث ـ فإن التوصيات لم تتابع، ولم تنفذ، ولعل فى الإعادة إفادة. ولعلنا نجد آذانا صاغية، ولعلنا لا نصاب بإحباط عندما نكتشف أننا «نحرث فى البحر».

بين الواقع والمثالية:

فيما يلى نقدم، وبإيجاز، مجرد أمثلة تعبر عن واقع التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر، ومع كل مثال نشير إلى الوضع المثالى المطلوب.

الإرشاد المهنى بعامة:

يلاحظ غياب الإرشاد النفسى بعامة، والإرشاد المهنى بخاصة، أو على الأقل قصوره فى نظامنا التعليمى ابتداء من التعليم الأساسى. ويلاحظ أيضا غياب برامج الإرشاد المهنى فى مؤسساتنا الإنتاجية. وما يوجد فى الواقع من محاولات محدودة للإرشاد المهنى - وفى أحسن الحالات، وعلى أحسن الفروض - قاصر على بعض الجهات الحكومية والقطاع العام، وفى التعليم العام والتعليم الفنى. وهو غير موجود فى أى شكل ملموس فى القطاع الخاص وبالنسبة للعدد الكبير من القوى العاملة الأمية. وينبغى تواجد برامج الإرشاد النفسى بعامة والإرشاد المهنى بخاصة فى المؤسسات التربوية والمهنية، والاهتمام بالتربية المهنية وتيسير المعلومات المهنية والنمو المهنى ابتداء من مرحلة التعليم الأساسى. ونتمنى أن تدخل التربية المهنية كجزء متكامل فى المنهج المدرسى.

ويلاحظ عدم وجود توصيف للأعمال. ويجب العمل على وجود توصيف كامل للأعمال المختلفة عن طريق «تحليل العمل» (ماذا يفعل العامل + كيف يقوم بالعمل + لماذا يقوم بالعمل + المهارات المشتمل عليها).

ويشاهد الاقتصار على مقابلة الدقائق أو ما يسمى الاختبار الشخصى عند التعيين. ويفضل الأخذ بالأساليب العلمية والفنيات المعروفة والمعلومات الكافية فى عملية الإرشاد المهنى مع الاهتمام بصفة خاصة بعملية «تحليل العامل» ودراسة شخصيته وخصائصه النفسية والجسمية، واستعداداته وقدراته وإمكاناته وميوله المهنية واتجاهاته وقيمه وخبراته. وهذا يتطلب إجراء الاختبارات النفسية المناسبة. ويجب الاهتمام بإعداد بطاريات اختبارات خاصة للإرشاد المهنى. ونتمنى أن يأتى اليوم الذى يتم فيه إعداد مقياس مصرى عملى للنضج المهنى.

الاختيار المهنى:

يلاحظ أن الاختيار المهنى صدفى أو متسرع أو مغامر فى كثير من الأحيان دون علم الشخص بإمكاناته ومتطلبات المهنة. ويجب الإعداد والتوجيه نحو سلامة الاختيار المهنى على أساس علمى مع استخدام الوسائل التكنولوجية الحديثة وإمكانات الحاسبات الآلية.

ويلاحظ أيضا ضيق الأفق المهنى ونقص المعلومات المهنية. ويجب توسيع الأفق المهنى وتوفير «المعلومات المهنية» المتعلقة بالأعمال المختلفة التى يمكن للفرد أن يلتحق بها، والمؤهلات المطلوبة، والاستعانة بوسائل «الإعلام المهنى» المخطط عن طريق وسائل الإعلام المختلفة.

ويشاهد عدم الاختيار، بل الإجبار، كما يحدث فى توزيع القوى العاملة للخريجين أحيانا، أو تحديد الأسرة للمهنة. وينبغى جعل الاختيار موضوعيا بقدر الإمكان وحسب إمكانات الفرد ومتطلبات العمل.

التأهيل المهنى:

يلاحظ انخفاض مستوى التعليم والإعداد والتأهيل والتدريب المهنى. ويجب الاهتمام بالنمو المهنى والتنمية المهنية كعملية مستمرة طوال حياة الفرد، والارتفاع بمستوى التعليم والإعداد والتأهيل والتدريب المهنى، والاهتمام بمناهج ومعلمى التعليم الفنى كما وكيفا وفقا للأصول العلمية والعملية، وتطوير وتجويد مناهج الإعداد المهنى فى المستوى الجامعى والعالى، والتأكد من «الصلاحية المهنية» بعد إنهاء التأهيل.

ويلاحظ نقص التدريب أثناء الخدمة. وينبغى الاهتمام بالتدريب الفعال والجاد أثناء الخدمة فى مراكز تدريب متخصصة فى مجال التدريب العملى الميدانى.

ويلاحظ نقص الابتكار والاعتماد على استيراد التكنولوجيا من الخارج. وينبغى تنمية الابتكار وتشجيعه فى مجال التربية والتعليم والإعداد المهنى والإنتاج وتبنى الابتكارات الجديدة.

ويشاهد عدم الاهتمام بالتأهيل المهنى للفئات الخاصة من المعوقين. ويجب الاهتمام بتعليم وتدريب وتأهيل وتشغيل الفئات الخاصة من المعوقين ومراعاة الاعتبارات الخاصة بهم ابتداء من التعليم الأساسى وفى التعليم الفنى وفى التعليم العالى.

توزيع القوى العاملة:

يشاهد وضع أشخاص غير مناسبين فى مهن لا تناسبهم. وينبغى الالتزام بوضع العامل المناسب فى العمل المناسب فى جميع ميادين العمل.

ويلاحظ تأخير توزيع القوى العاملة من الخريجين لفترة طويلة مما يقلل الكفاءة أو يدفع إلى البحث عن عمل بصرف النظر عن التخصص. ويجب أن تلتزم وزارة القوى العاملة والتدريب - إذا كان من الضرورى ذلك - بتوزيع الخريجين فور تخرجهم حسب تخصصاتهم.

إدارة الأعمال:

يلاحظ سوء بعض القيادات الإنتاجية وعدم اختصاصها وتسلطها وعدم مشاركة معظم العاملين فى اتخاذ القرارات. ويجب الاهتمام بالقيادات الإنتاجية بحيث يراعى الاختصاص والخبرة والمناخ الديمقوقراطى والعلاقات الإنسانية فى مجال العمل والإنتاج.

ويشاهد التسيب فى بعض مجالات العمل. ويجب الانضباط فى مجالات العمل خاصة فى المصالح الحكومية والقطاع العام وتطبيق نظام الثواب والعقاب (ماديا ومعنويا) والعمل بعدالة وحسم وحزم.

ويشاهد الروتين المعطل والبيروقراطية. ويفضل التخفف من الروتين المعطل والبيروقراطية المعقدة فى الأعمال الإدارية والأجهزة الحكومية.

التوافق المهنى:

يشاهد سوء التوافق مع ظروف العمل. ويجب العمل على تحسين ظروف العمل مما ييسر التوافق المهنى وتقبل العمل والرضا عنه.

ويلاحظ التأثير السيء لنوع العمل على الصحة. وينبغى تحسين الظروف الصحية والتأمين الصحى الشامل فى العمل.

ويشاهد نقص الرضا عن الدخل من العمل. ويجب مراجعة وتحسين الأجور وربط الأجر بالإنتاج، وإجراء نوع من التقارب بين أجور القطاع العام والقطاع الخاص وشركات الاستثمار، ووجود حوافز مشجعة للمنتجين وعقوبات رادعة للمقصرين.

ويلاحظ هجرة العمالة الماهرة إلى الخارج (هجرة أو إعارة). ويفضل اتخاذ الإجراءات الكفيلة للحد من هجرة العمالة الماهرة للخارج خاصة تلك التى يحتاجها سوق العمل والإنتاج.

البطالة:

تشاهد البطالة الصريحة، وبطالة الشباب خاصة فى الإجازات الطويلة، وعدم مشاركة نسبة كبيرة من الإناث فى الإنتاج. ويجب القضاء على ظاهرة البطالة، وتشغيل الشباب فى الإجازات، وتشجيع عمل المرأة فى الأعمال المناسبة.

وتشاهد البطالة المقنّعة لسوء توزيع العاملين وشيوع ظاهرة غياب العاملين، وتقلص ساعات العمل الفعلى. ويفضل التوزيع المدروس للعاملين، والحزم فى الإدارة للقضاء على ظاهرة غياب العاملين، وعدم إهدار ساعات العمل الفعلى.

السلوك المهنى:

يشاهد نقص الشعور بالمسئولية الاجتماعية، والإهمال والتواكل واللامبالاة. وينبغى تدعيم الشعور بالمسئولية الاجتماعية خاصة فى مجال العمل، وتنمية روح الانتماء، وتنمية قيم العمل.

ويشاهد الاهتمام الجنونى بالرياضة، خاصة الكرة، مما يوقف عجلة الإنتاج أحيانا. ويجب القضاء على ظاهرة الاهتمام المبالغ فيه بالكرة وتقديم أهمية الإنتاج على الرياضة.

ويلاحظ الارتجال والسطحية فى العمل. ويفضل الاهتمام بالإتقان فى العمل، وتنمية دافعية الإنجاز والرغبة فى الأداء الحسن.

ويلاحظ الضغط النفسى والقلق المرتبط بمعاناة القوى العاملة من عبء مشكلات الحياة اليومية. ويجب التخفيف من الضغوط النفسية وتخفيف معاناة القوى العاملة وحل المشكلات المتزايدة فى حياتنا اليومية، والاهتمام بالصحة النفسية للعاملين فى كل المجالات.

ويشاهد الحرمان ونقص إشباع الحاجات النفسية داخل مجال العمل وخارجه. وينبغى تيسير إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية داخل مجال العمل وخارجه ومن خلاله.

ويوجد الإحباط للشعور بعدم العدالة الاجتماعية. ويفضل تحقيق العدالة الاجتماعية، وتصحيح الوضع الغريب للهرم الاجتماعى.

مهنة الإرشاد المهنى:

فى الواقع لا يوجد تمهين للإرشاد النفسى بعامة والإرشاد المهنى بخاصة. والمطلوب تمهين الإرشاد النفسى بحيث يكون الإرشاد النفسى والإرشاد المهنى مهنة معترف بها، ولها مكانها بين باقى المهن فى المجتمع بعامة وفى التربية والتعليم وفى مجالات العمل والإنتاج بخاصة. ويجب العمل على إعداد توصيف معروف ومحدد لعمل المرشد يحدد هويته المهنية، بحيث يحمل لقب «مرشد نفسى» بعامة أو «مرشد مهنى» بخاصة.

ولا يوجد فى الواقع تشريعات مصرية محددة وحاسمة خاصة بالتوجيه والإرشاد المهنى. ويجب أن توضع التشريعات التى تلزم جهات العمل بالأخذ بالأساليب والطرق العلمية فى التوجيه والإرشاد المهنى.

المسئولون عن الإرشاد المهنى:

فى الواقع لا يوجد إعداد مهنى متخصص للمرشد المهنى فى مصر. والذى يوجد هو إعداد للمرشد النفسى بصفة عامة، والذى يعتبر بمثابة «ممارس عام»، ولا يحظى هؤلاء بالقدر المطلوب من التدريب والتجديد أثناء الخدمة. والمطلوب هو إعداد المرشد المهنى المستشار المتخصص القادر على المساعدة فى الإرشاد المهنى وحل المشكلات المهنية. ومطلوب على وجه السرعة إنشاء أقسام علمية متخصصة فى الجامعات للإرشاد النفسى متضمنا الإرشاد المهنى بهدف إعداد الكوادر

العلمية والفنية المتخصصة فى هذا المجال على كافة المستويات ابتداء من الدبلوم المهنية والخاصة وعلى مستوى الماجستير والدكتوراه.

وفى الواقع نجد أن عمل المسئولين عن الإرشاد المهنى ربما يكون فى واد، وتوقعات أصحاب العمل فى واد آخر. والمطلوب أن تقرب المسافة بين المسئولين عن الإرشاد المهنى وبين أصحاب العمل بحيث يحقق دور فريق الإرشاد المهنى توقعات أصحاب العمل.

بعض الجهود الحالية فى وزارة التربية والتعليم:

تحرص وزارة التربية والتعليم فى مصر - فى إطار تطوير التعليم وتحديثه، ومن خلال الخدمات التربوية أن يتواجد التوجيه والإرشاد النفسى فى جميع مدارسنا، فأنشأت مراكز التوجيه الاجتماعى والنفسى فى الإدارات التعليمية.

ويشترط فى جميع العاملين بهذه المراكز اجتيازهم دورات الإرشاد النفسى التى تنظمها وزارة التربية والتعليم بالتنسيق مع كلية التربية جامعة عين شمس. ويندب للعمل كأعضاء فى فريق التوجيه الاجتماعى والنفسى أخصائى نفسى، وطبيب بشرى، وبعض الحاصلين على الدبلوم المهنية فى الإرشاد النفسى من كليات التربية فى وظائف المرشدين النفسيين بهذه المراكز.

ولإدخال التوجيه والإرشاد النفسى فى المدارس عمليا، قامت الوزارة بالتعاون مع كلية التربية جامعة عين شمس (وبناء على اقتراح الباحث كعضو فى اللجنة الدائمة لتطوير التربية الاجتماعية) قامت بتنظيم دورات تدريبية متتالية مكثفة فى التوجيه والإرشاد النفسى مدة كل منها ٤٥ يوما بداية من العام الدراسى ١٩٨١/ ١٩٨٢ حتى تاريخ هذا المؤتمر للأخصائيات والأخصائيين الاجتماعيين على مستوى الجمهورية، يقوم بالتدريس والتدريب المتخصصون من أساتذة الجامعات ووزارة التربية والتعليم. ويلى هذه الدورات التدريبية برنامج تدريبى لموجهى التربية الاجتماعية ورؤساء الأقسام بمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية من الموجهات والموجهين على مستوى الجمهورية. ويلى هذا وذاك معسكرات صيفية تضم الموجهين والأخصائيين من الجنسين والذين مارسوا تجربة الإرشاد النفسى فعلا فى الميدان المدرسى لمزيد من التدريب وتبادل الخبرات ومدارسة الصعوبات ووسائل العلاج (وزارة التربية والتعليم، ١٩٨٥).

ويتضمن البرنامج التدريبى فى التوجيه والإرشاد النفسى تعريف بالميدان، ونظريات الإرشاد النفسى، والمعلومات اللازمة فى الإرشاد النفسى، ووسائل جمع هذه المعلومات، مع تطبيقات عملية على كل وسيلة، وعملية الإرشاد النفسى، مع زيارات ميدانية وتدريبات عملية على طرق

الإرشاد النفسى، ومجالات الإرشاد النفسى ومن بينها الإرشاد المهنى والإعداد المهنى والتعريف بأهم المهن فى المجتمع المصرى، وفريق الإرشاد النفسى، وبرنامج الإرشاد النفسى.

وتم إعداد دليل برنامج التوجيه والإرشاد النفسى وأرسل إلى جميع المديريات والإدارات التعليمية فى مصر.

ومن بين ما يتضمن هذا الدليل برنامج خطة عامة للتوجيه والإرشاد النفسى على مستوى المدرسة بالنسبة للأخصائيين، وعلى مستوى المديرية أو الإدارة التعليمية بالنسبة للموجهين. ويحث البرنامج على الإعلام بدور التوجيه والإرشاد النفسى وأهدافه بكافة الوسائل المتاحة. ويهتم البرنامج بتوفير المعلومات والبيانات التربوية والمهنية التى يحتاجها الطلاب بما يساعد فى عمليات التوجيه التربوى والمهنى. ومن أنشطة البرنامج المسح النفسى لاتجاهات الطلاب نحو القيم ونوعيات التعليم التالية والمهن التى يرغبون فى الالتحاق بها مستقبلا. ومن أنشطة البرنامج أيضا تقديم خدمات الإرشاد التربوى والعلاجى والمهنى على المستويين الفردى والجماعى.

وتقوم وزارة التربية والتعليم بالتعاون مع المركز القومى للبحوث التربوية بمتابعة وتقييم التجربة.

ونأمل لضمان نجاح التجربة واستمرارها أن يتم زيادة عدد الدورات التى تنظمها الوزارة فى التوجيه والإرشاد النفسى لكل من الأخصائيين والموجهين. كما نرجو تزايد عدد خريجى الدبلوم المهنية فى الإرشاد النفسى لسد الفراغ فى جميع مدارس الجمهورية وجميع مؤسساتها التربوية.

ونأمل أن تقوم وزارة القوى العاملة والتدريب بإقامة دورات تدريبية مماثلة لإعداد المرشدين المهنيين.

بعض الجهود فى الجامعات:

يوجد فى الجامعات المصرية وبأقسام علم النفس وعلم النفس التربوى والصحة النفسية بعض الدراسات التخصصية على مستوى الدراسات العليا فى التوجيه والإرشاد النفسى، منها ما هو على مستوى الدبلومات الخاصة، وهؤلاء إما أن يستكملوا دراساتهم لدرجتى الماجستير والدكتوراه فى نفس التخصص ليصبحوا من أعضاء هيئة التدريس فى الجامعات، وإما أن يكتفوا بالدبلوم الخاصة ويعملوا فى مجال التربية والتعليم، وعادة فى التدريس أكثر منه فى التوجيه والإرشاد النفسى.

هذا وقد تم إنشاء درجة الدبلوم المهنية فى التربية «تخصص إرشاد نفسى» بكليات التربية

بالجامعات المصرية بهدف دراسة الأسس النظرية والتقنية التى تقوم عليها الخدمات النفسية التى تقدم إلى الأفراد والجماعات فى مجالات الحياة المختلفة، ودراسة ديناميات التوافق السوى ومشكلات التوافق، وتدريب الأخصائيين على فنيات الإرشاد النفسى وإعداد المتخصصين فى مجال الإرشاد النفسى. ومدة الدراسة عام جامعى واحد. ويكون الطالب حاصلا على درجة الدبلوم العامة فى التربية أو على درجة الليسانس فى الآداب والتربية أو درجة البكالوريوس فى العلوم والتربية أو درجة البكالوريوس أو الليسانس من أحد المعاهد التربوية العالية مع سابق حصوله على الثانوية العامة أو ما يعادلها، أو على درجة معادلة لأى من هذه الدرجات من معهد معترف به من وزارة التعليم العالى أو الجامعة. ومن أهم مواد الدراسة فى هذه الدبلوم: أسس الإرشاد النفسى، وعملية الإرشاد النفسى، ومجالات الإرشاد النفسى، وعلم النفس العلاجى، والقياس النفسى، والتدريب الميدانى.

ونأمل فى المستقبل القريب أن يتم إنشاء درجات دبلومات مهنية متخصصة فى كل مجال من مجالات التوجيه والإرشاد النفسى مثل الإرشاد المهنى، والإرشاد العلاجى، والإرشاد التربوى، والإرشاد الزواجى، والإرشاد الأسرى، وإرشاد الفئات الخاصة، وإرشاد الأطفال، وإرشاد الشباب، وإرشاد الكبار.

جهود وزارة القوى العاملة والتدريب:

يوجد بوزارة القوى العاملة والتدريب إدارة عامة للإعلام والتوجيه المهنى، نشاطها الرئيسى تخطيطى وبحثى.

ويوجه النشاط التخطيطى نحو نشر خدمات التوجيه المهنى على مستوى محافظات الجمهورية، فضلا عن تدريب أخصائيى التوجيه المهنى وإعدادهم للقيام بهذا العمل. ومعظم هؤلاء من خريجى أقسام علم النفس بالجامعات. ويهتم النشاط التخطيطى أيضا بتحديد الفئات التى تحتاج إلى هذه الخدمات. وقد تمت تغطية ١٥ محافظة، ونأمل أن تتم تغطية باقى المحافظات فى المستقبل القريب.

ويوجه النشاط البحثى نحو إعداد وتقنين الاختبارات والمقاييس اللازمة فى عملية الإرشاد المهنى. وقد تم إعداد بطارية اختبارات خاصة لقياس قدرات الصبية فى فئة السن من ١٢ ـ ١٨ سنة. ويجرى إعداد بطارية أخرى للبالغين فى فئة السن من ١٨ ـ ٤٥ سنة. وكذلك يجرى التخطيط لإعداد بطارية خاصة لخريجى التعليم المتوسط والجامعى. ونرجو أن يتم فى المستقبل إعداد بطاريات اختبارات مماثلة للفئات الخاصة من المعوقين. كذلك يوجه النشاط البحثى نحو

إجراء بحوث تقييمية لأثر التوجيه المهنى فى تحسين نتائج التدريب لمختلف الفئات. ومن ناحية أخرى تقوم الإدارة العامة للإعلام والتوجيه المهنى بالدراسة المستمرة لموقف سوق العمل من حيث الاحتياجات الحالية والمستقبلية بغرض إصدار مجموعة من الكتيبات المهنية التى تخدم هدف التوجيه المهنى. وقد صدر من هذه الكتيبات المهنية حوالى ٦٥ عددا تغطى ٦٥ مهنة. وتتناول هذه الكتيبات متطلبات المهنة من المهارات والقدرات والأدوات المستخدمة فى العمل وأماكن التدريب عليها، ومستويات الأجور وفرص العمل وأماكنها. ونأمل أن يستمر إصدار هذه السلسلة الهامة لتغطى كافة المهن التى يزداد الطلب عليها فى سوق العمل كمرحلة قصيرة المدى، ولتغطى كافة المهن الرئيسة كمرحلة بعيدة المدى إن شاء الله.

خاتمة:

مهما كان واقع التوجيه والإرشاد النفسى فى مصر، فإن التغير الاجتماعى يحتم ضرورة التطلع بأمل إلى مستقبل أفضل.

وعلى سبيل المثال، فعلى الرغم من القناعة بأن التوجيه والإرشاد المهنى يتطلب عناية خاصة فى الوقت الحاضر لم يحظ بها بالقدر الكافى، فما زال الأمل قائما فى مزيد من الاهتمام به فى المستقبل لكل الفئات من الجنسين والمتفوقين والمعوقين وفى اتجاه جديد هو النمو المهنى، وفى إطار طرق متقدمة مثل اتخاذ القرارات وإرشاد وقت الفراغ... إلخ.

وفى الختام نرجو أن يكون معلوما أن ما تقدم إنما هو استعراض لواقع ليس كله سلبيا، ولكن ينقصه الكثير من الإيجابيات التى نأمل أن تتحقق فى المستقبل القريب، ليس بطريقة الطفرة ولكن بأسلوب الأولويات، وهذا يحتاج إلى خطة زمنية فى حدود الإمكانات المتاحة، يقوم بوضعها المختصون ويلتزم بتنفيذها المسئولون فى وزارة القوى العاملة والتدريب. ولعلنا نحرك واقع التوجيه والإرشاد فى مصر نحو المثالية المطلوبة.

والله الموفق

المراجع

.حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى (الطبعة الثانية). القاهرة: عالم الكتب.

.حامد زهران (١٩٨١). الإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى. مؤتمر التعليم الأساسى بين النظرية والتطبيق. القاهرة: أبريل ١٩٨١، ص ٤٠٧ ـ ٤١٧.

.حامد زهران (١٩٨٤). الارشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى. مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى. الأسكندرية. أغسطس ١٩٨٤.

.سيد عبد الحميد مرسى (١٩٦٥). سيكولوجية المهن (الطبعة الثانية). القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

.سيد عبد الحميد مرسى (١٩٧٦). الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى والمهنى. القاهرة: مكتبة الخانجى.

.سينوار جى (ترجمة) محمد مصطفى زيدان وحلمى قلادة (١٩٦٦). التوجيه المهنى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

.وزارة التربية والتعليم (ج.م.ع.) (١٩٨٥). تقرير اللجنة الدائمة لتطوير التربية الاجتماعية.

.وزارة الشباب (ج.م.ع) (١٩٦٩). مراكز التوجيه المهنى. قسم العلاقات العامة. قسم بحوث الرأى العام.

- **Biggers, J.L. (1971).**The use of information in vocational decision-making. Vocational Guidance Quarterly. 19,171-176.

- **Bradley, R.W. (1973).** Preservice occupational information and vocational guidance curriculum: An evaluation. Counselor Education & Supervision. 13,117-128.

- **Collier, Helen V. (1982).** Counseling Women: A Guide for Therapists. New York: The Free Press.

- **Daly, E.M. (1971).** A theory for the vocational counseling of women. Dissertation Abstracts International. 32 (1 A), 170.

- **Holland, J.L et al. (1975).** Testing the validity of some theoretical signs of vocational decision-making ability. Journal of Counseling Psychology. 22, 411-422.

- **Hollander, J.W. (1971).** Development of vocational decisions during adolescence. Journal of Counseling Psychology.18, 244-248.

- **Ivey, Allen E. & Authier, Jerry (1978).** Microcounseling: Innovations in Interviewing, Counseling, Psychotherapy, and Psychoeducation. (2nd Ed.). Spring Field, Ill.: Charles Thomas.

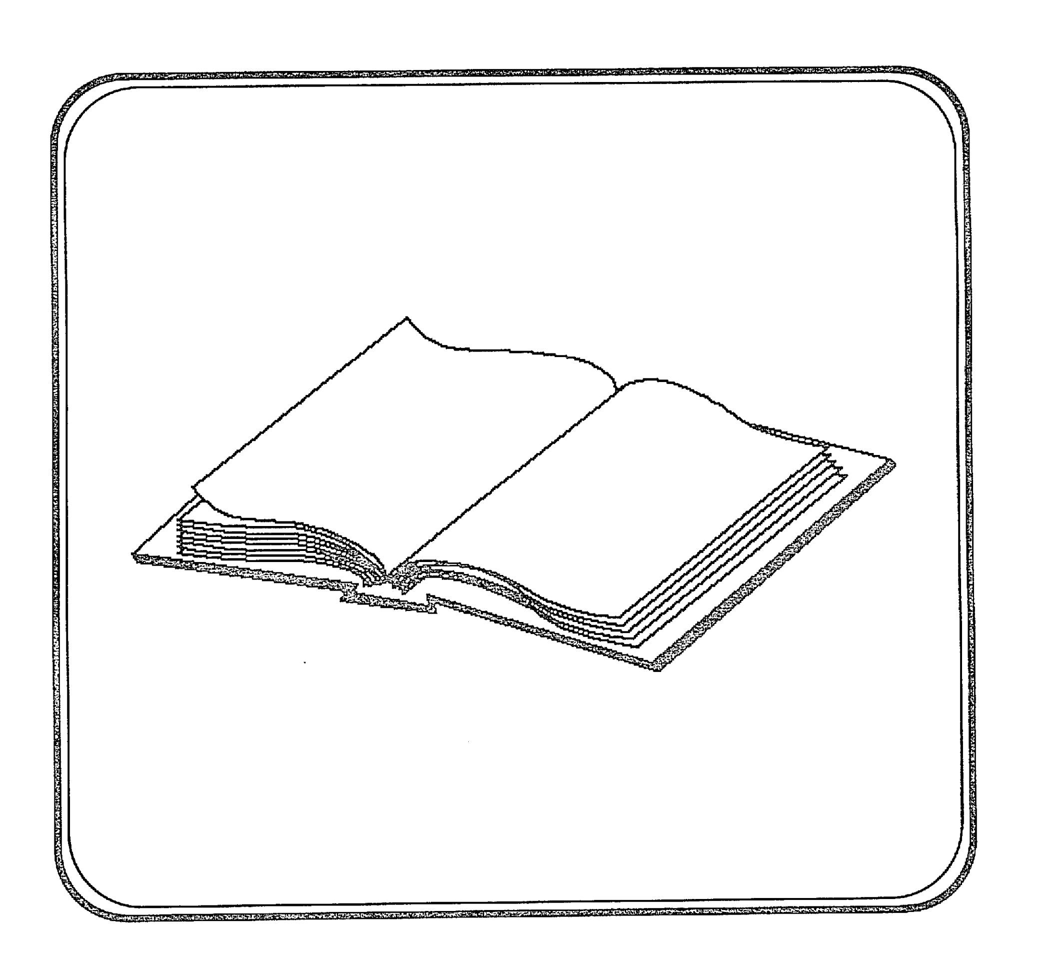
- **McKinnon, Byron E. & Jones, G. Brian (1975).** Field testing a comprehensive career guidance program K-12. Personnel & Guidance Journal. 53, 663-667.

- **Patterson, Kathleen M. & Hansen, James C. (1978).**Vocational Diagnostic Interview. In Hansen, James C. (Ed.). Counseling Process and Procedures. New York: Macmillan. pp. 350-358.

- **Pietrofesa, John J. et al. (1980).** Guidance: An Introduction. Chicago: Rand McNally.

- **Thorensen, C.E. & Mehrens, W.A. (1967).** Decision theory and vocational counseling: Important concepts and questions. Personnel & Guidance Journal. 46, 165-172.

-**Wood, H. (1974).** Occupational outlook information: Its challenges in vocational guidance.Vocational Guidance Quarterly. 22, 301-307.



[١١] الإرشاد التربوى فى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل(*)

مقدمة:

من أفضل تعريفات التربية أنها عملية حياة، يتعلم فيها الفرد الحياة طول الحياة، عن طريق نشاطه، وبتوجيه من المربى، لكى يكون إنساناً صالحاً فى المجتمع.

والتعليم جزء من التربية، وهو العملية التى تتم فى مؤسسات التعليم، ويقوم بها المعلمون المتخصصون بهدف الحصول على معرفة أو اكتساب مهارة أو تنمية قدرة خاصة.

والمدرسة مؤسسة رسمية تقوم بعملية التربية والتعليم والإسهام فى نقل الثقافة المتطورة، وتوفير الظروف المناسبة لنمو الشخصية والنمو النفسى السوى، والتنشئة الاجتماعية السليمة، وتدعيم التوافق والصحة النفسية لدى الدارسين. والمدرسة هى أهم المؤسسات المسئولة عن الإرشاد النفسى بعامة، والإرشاد التربوى للطلاب بخاصة، وذلك لأن التربية نفسها تتضمن عملية توجيه وإرشاد، لدرجة أن الكثيرين يربطون فى الإرشاد التربوى بين عملية التعليم التى تحدث فى الفصل، وعملية التعلم التى تحدث فى مكتب الإرشاد على أساس التشابه فى الاهداف والعملية، ويرون أن على المدرس أن يمارس عملية الإرشاد، وأن على المرشد أن يمارس عملية التدريس، وأن يلم كل من المدرس والمرشد بعملية التعلم وطبيعة المتعلم والموقف التعليمى.

وعلى العموم، فإن أقرب مجالات الإرشاد النفسى إلى عمل المدرس هو الإرشاد التربويى، لدرجة أن البعض يرون أن كل مدرس لابد وأن يكون «مدرساً ـ مرشداً». وفى الواقع نجد أن الإرشاد التربوى يحتل أكبر اهتمام فى برنامج الإرشاد النفسى فى المدارس. (حامد زهران، ١٩٨٠).

والإرشاد النفسى[١]، كما يعرفه الباحث، عملية بنّاءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم

(*) المؤتمر الفكرى الرابع للتربويين العرب، بغداد، (يونيو ١٩٨٧).

(١) انظر إلين إيفى وجيرى أوثير Ivey & Authier (١٩٧٨)، باتيرسون(١٩٨١)، تومبسون ورودولف Thompson & Rudolph (١٩٨٣)، جيرالد كورى (١٩٨٥)، محمود عبدالله صالح (١٩٨٥).

ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، ويحدد مشكلاته، وينمى أفكاره، ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه، لكى يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً[١].

ومن أهم مبادىء التوجيه والإرشاد النفسى أنه عملية تربوية مستمرة تبدأ فى أولى مراحل التعليم وتستمر خلال جميع مراحل النمو متكاملة مع البرنامج التربوى. (بروس شيرتزر وشيلى ستون Shertzer & Stone، ١٩٧٦). ويتضمن التوجيه والإرشاد ضمن عملياته «التربية النفسية» Psychological Education أو التربية السلوكية. (جون بيتروفيسا وآخرون Pietrofe-sa et al. ، ١٩٨٠)، ومن المتخصصين فى مهنة الإرشاد «المرشد المدرس» أو ما يطلق عليه «المرشد المربى». ومن التطورات التربوية الحديثة أن المرشد النفسى يجب أن يطلق عليه وبحق اسم «المربى النفسى» Psychoeducator (حامد العبد ولطفى فطيم، ١٩٨٤). وفى جميع أنحاء العالم يتضمن إعداد المعلم مقررات التوجيه والإرشاد، ونجد اسم «المدرس ـ المرشد» Teacher-counsellor واردا ومنفذا.

والإرشاد التربوى[٢] كما يعرّفه الباحث: هو عملية مساعدة الطالب فى رسم الخطة التربوية التى تتلاءم مع قدراته وميوله وأهدافه، وأن يختار نوع الدراسة والمناهج المناسبة والمواد الدراسية التى تساعده فى اكتشاف الإمكانات التربوية فيما بعد المستوى التعليمى الحاضر، ومساعدته فى النجاح فى برنامجه التربوى، والمساعدة فى تشخيص وعلاج المشكلات التربوية بما يحقق توافقه التربوى بصفة عامة.

وتتكامل أهداف الإرشاد التربوى مع أهداف الإرشاد النفسى بصفة عامة من جهة، وأهداف العملية التربوية من جهة أخرى، حيث الهدف الموحد هو تحقيق النجاح تربوياً فى الحاضر والمستقبل.

ويحتاج كل طالب إلى خدمات الإرشاد التربوى، حيث الإرشاد حق من حقوقه، ويجب أن يشارك فى ذلك كل العاملين فى ميدان التربية والتعليم.

المشكلة:

لقد أخذ التوجيه والإرشاد النفسى مكانه فى كثير من بلاد العالم منذ أوائل القرن العشرين،

(١) تبنى هذا التعريف الذى قدمه الباحث عدد من الكتاب فى أوربا مثل تيلور Taylor (١٩٧١)، توماس Thomas (١٩٧٥).

(٢) انظر فون Vaughan(١٩٧٥)، سيد مرسى (١٩٧٦)، عطية هنا (١٩٥٩)، جاكسون وجونيير Jackson & Juniper(١٩٧١)، نيلسون Nilson(١٩٧٢)، هولدين Holden(١٩٧١).

وأخذ وضعه نظرياً وعملياً، وأصبحت له مجالاته العديدة: الإرشاد التربوى، والمهنى، والعلاجى، والزواجى، والأسرى، وإرشاد الأطفال، والشباب، والكبار، والمعوقين. ولكن التوجيه والإرشاد النفسى فى عالمنا العربى مازال متخلفاً عن العالم، يسعى ببطء أو تباطؤ لكى يأخذ مكانه ووضعه فى نظامنا التعليمى، وفى مجتمعنا العربى بصفة عامة.

صحيح أنه توجد فى الوقت الحاضر جهود للتحديث والتجديد والتطوير فى التربية والتعليم فى دول الوطن العربى، ولكنها بالنسبة للتوجيه والإرشاد التربوى تتبنى مجرد عينات من إجراءات الإرشاد، وفى بعض الدول العربى وليس فى جميعها.

وهناك الكثير من الكتب والدراسات والبحوث[(١)] التى تتناول الفكر التربوى العربى وتدعو إلى التطوير والتحديث. ويلاحظ الباحث الحالى أن دعوات التجديد تطرق مجالات يأتى من بين بعضها وليس جميعها، إدخال التوجيه والإرشاد التربوى فى قلب العملية التربوية.

وقد لاحظ الباحثون الأجانب قصور التوجيه والإرشاد النفسى فى الوطن العربى، فقد أشار جون موراكو Moracco (١٩٧٨) على سبيل المثال إلى أن الإرشاد المهنى والاختيار المهنى ليس موجوداً فى الوطن العربى على المستوى العلمى المطلوب.

وقد لاحظ الباحث الحالى ـ حسب تخصصه فى الصحة النفسية والإرشاد النفسى ـ أن مصر كدولة مصدرة (معيرة) للمدرسين والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين، هى نفسها تفتقر إلى هذا التخصص (الإرشاد النفسى بصفة عامة)، ولاحظ الباحث كذلك أثناء المؤتمرات التربوية والنفسية التى حضرها قلة البحوث عن الإرشاد النفسى، وخاصة الإرشاد التربوى، ونقصها فى البعض الآخر، ومحليتها فى القليل الذى يقدم من البحوث. ولاحظ الباحث أيضاً من استعراضه للدراسات والبحوث المنشورة ورسائل الماجستير والدكتوراه عن الإرشاد التربوى أنها محلية وليس من بينها ما يتناول الإرشاد التربوى فى الوطن العربى.

---

(١) انظر على سبيل المثال:

- فلسفة إعداد المعلم فى مجتمع عربى جديد (محمد الهادى عفيفى، ١٩٧٢).
- تطور التعليم فى ليبيا فى العصور الحديثة (رأفت الشيخ، ١٩٧٢).
- نحو استراتيجية جديدة للتعليم فى العراق (مسارع الراوى، ١٩٧٤).
- تطوير وتحديث التعليم فى مصر: سياسته وخططه وبرامج تحقيقه (وزارة التربية والتعليم، مصر، ١٩٨٠).
- أضواء على سياسة تعريب التعليم والإدارة والمحيط الاجتماعى فى الجزائر (تركى رابح، ١٩٨٣).
- الفكر التربوى العربى الحديث (سعيد إسماعيل على، ١٩٨٧).

أهمية البحث:

لقد أصبحت الحاجة ملحة إلى الإرشاد التربوى فى الوطن العربى.

ولقد عكف الباحث على النداء وتوجيه الأنظار إلى الحاجة الملحة إلى التوجيه والإرشاد النفسى فى عالمنا العربى، حيث نحتاج إلى مزيد من مراكز الإرشاد النفسى والعيادات النفسية، مع الاهتمام الخاص بالإرشاد التربوى. فكل فرد يمر بفترات حرجة خلال التغير الاجتماعى،وفى إطار التغير العلمى والتكنولوجى وتطوير التعليم ومفاهيمه وزيادة أعداد الطلاب فى المدارس والتغيرات فى العمل والمهنة (حامد زهران، ١٩٨٠).

إن التكامل بين التوجيه والإرشاد من ناحية، والتربية والتعليم من ناحية أخرى، أمر واجب النفاذ. ويقول تيلور Taylor (١٩٧١) إن تعريف التوجيه والإرشاد يكاد يكون تعريفاً للتربية ذاتها، ويقول فون Vaughan (١٩٧٥) إنه لا يمكن الفصل بين التربية والتعليم وبين التوجيه والإرشاد. وقد استخدم التوجيه والتربية كمترادفين فى كثير من المؤلفات مثل: "التربية كتوجيه Education as Guidance ، و"التوجيه كتربية" Guidance as Education

وهناك الكثير من المشكلات التربوية التى تحتاج إلى خدمات الإرشاد التربوى لحلها مثل: مشكلات المتفوقين عقلياً ودراسياً وأصحاب المواهب الخاصة، ومشكلة الضعف العقلى، ومشكلة التخلف الدراسى، ومشكلات النمو العادى لدى الطلاب، ومشكلات اختيار نوع الدراسة والتخصص، ومشكلات نقص المعلومات عن الدراسة المستقبلية، ومشكلات النظام، وسوء التوافق التربوى وتكرار الرسوب، وكثرة الغياب، والهروب، والفشل والتسرب. وتوجد مشكلات تربوية أخرى كثيرة مثل ما يسمى مكاتب التنسيق، والتى من المفروض أن تكون مكاتب نموذجية للإرشاد التربوى، ولكنها تعتمد على مجموع درجات التحصيل فقط كأساس للإرشاد التربوى كما هو حادث فى مكتب تنسيق القبول فى الجامعات المصرية.

والتوجيه والإرشاد حاجة نفسية هامة لدى الفرد. ومن مطالب النمو السوى إشباع هذه الحاجة. والتوجيه والإرشاد حق من حقوق كل فرد فى أى مجتمع ديموقراطى. ومن حق كل طالب أن يتلقى خدمات الإرشاد التربوى والمهنى. ومن حق الطالب المشكل أن يتلقى خدمات إرشادية خاصة. ومن حق الطالب المتفوق الذى لا يستغل كامل إمكاناته أن يتلقى خدمات إرشادية خاصة...وهكذا.

ولقد جاء ضمن توصيات المؤتمر الأول لإعداد المعلمين فى المملكة العربية السعودية الذى عقد بمكة المكرمة فى مارس ١٩٧٤، فيما يتعلق بمناهج إعداد المعلمين، أن يعنى بالتوجيه والإرشاد التربوى ليصبح المعلم قادراً على فهم مشكلات طلابه مستقبلاً وحلها.

ومن توصيات المؤتمر الدولى الأول فى التربية (التربية والمستقبل) الذى عقد بكلية التربية جامعة عين شمس بالقاهرة فى مارس ١٩٨٢، ضرورة وجود برامج علاجية (وإرشادية) لمساعدة الطلاب بطيئى التعلم على الاستفادة من التكنولوجيا التعليمية، وضرورة تخطيط دور المعلم فى استخدام التكنولوجيا التعليمية باعتبار أن الثورة التكنولوجية القادمة سوف تخلق أدوارا متباينة للمعلم ومن بينها دور الموجه والمرشد.

ومن بين توصيات المؤتمر الأول للتوجيه المهنى الذى عقد بالقاهرة فى ديسمبر ١٩٨٦، ضرورة الاهتمام ببرامج التوجيه التربوى لكى تزكى حرية الاختيار وتنمى معرفة الفرد باستعداداته وإمكاناته وتفتح أمامه فرص الاختيار والإعداد المهنى المثمر داخل مؤسسات التعليم، بما فى ذلك المؤسسات المسئولة عن إعداد المعلم، وضرورة إدخال برامج التوجيه المهنى فى مدارس التعليم الأساسى. وتنسحب هذه التوصية بالضرورة على سياسة القبول بالكليات المختلفة، وكذا الأقسام المتعددة داخل الكليات ذاتها.

هدف البحث:

يود الباحث أن يقرر أن هذا بحث وصفى استطلاعى تشخيصى علاجى، يبرز الجوانب السلبية والجوانب الإيجابية فى حاضر الإرشاد التربوى فى الوطن العربى وواقعه من أجل اليوم، وبهدف اقتراح الوضع المستقبلى المثالى المطلوب والممكن التحقيق والواجب التطبيق من أجل الغد.

حدود البحث:

تتلخص حدود البحث الحالى فيما يلى:

- الباحث مصرى يعمل فى مصر، وعمل فى بعض البلاد العربية وزار بعضها ولم يذهب إلى بعضها الآخر. والخدمات العلمية والمكتبية المتوافرة فى العالم العربى لم تصل بعد إلى الدرجة التى تسعف الملهوف علمياً.

- الفترة الزمنية المتاحة لإعداد البحث محدودة.

- عينة الدراسة الاستطلاعية جميعاً من الأساتذة المصريين والذين عملوا فى الدول العربية، الذين أتيح استطلاع رأيهم، ولم تتح الفرصة ـ لمحدودية الوقت ـ لاستطلاع رأى الأساتذة فى كل البلاد العربية[1].

---

(١) يأمل الباحث أن يتمكن ـ فى بحث قادم إن شاء الله ـ أن يحصل على تقرير مفصل عن نظام الإرشاد التربوى فى كل بلد من بلاد الوطن العربى على حدة مما يعطى صورة أكثر وضوحاً وأكثر تفصيلاً وأكثر تحديداً.

وفى إطار هذه الحدود فإن البحث الحالى تتحدد ملامحه الرئيسة فيما يلى:

- يعتمد على ما تيسر الحصول عليه من دراسات وبحوث وعلى ما أمكن استطلاع رأيهم من أساتذة كليات التربية.
- يعتبر دراسة نماذج وتجارب وأمثلة من هنا وهناك، وليس دراسة مسحية شاملة.
- يركز على الاتجاهات العامة والرؤية الكلية والملامح الرئيسة والملاحظات المبدئية.

بحوث سابقة:

أجريت البحوث والدراسات عن الإرشاد التربوى على المستوى الأكاديمى فى الوطن العربى وعنه، وتتعلق بموضوع البحث الحالى، وهذه الدرسات والبحوث بعضها على مستوى الماجستير، وبعضها على مستوى الدكتوراه، وبعضها على مستوى ما بعد الدكتوراه، ومعظم هذه البحوث والدراسات على مستوى محلى، وقليل منها ما تناول أكثر من دولة عربية، وليس من بينها ما تناول الوطن العربى. وفيما يلى عرض موجز لأهم ما تيسر الحصول عليه من هذه البحوث والدراسات مرتبة ترتيباً زمنياً، مع ذكر البلد العربى الذى أجريت فيه.

ففى مصر، قامت منيرة حلمى (١٩٦٥) بدراسة العلاقة بين مشكلات الفتيات المراهقات وحاجاتهن الإرشادية بالمرحلة الثانوية، وتوصلت إلى ترتيب المشكلات لدى الفتاة المراهقة ومن بينها التكيف للعمل المدرسى والمنهج وطرق التدريس والمستقبل المهنى والتربوى، وتوصلت إلى مجموعة الحاجات الإرشادية لطالبات المدرسة الثانوية.

ومن البحوث التى لمست موضوع البحث الحالى، بحث حسن تان Tan(١٩٦٧) عن التوقعات بالنسبة للإرشاد النفسى فى عدة دول آسيوية (منها عدد من الدول العربية) مقارناً بالولايات المتحدة الأمريكية. ووجدت فروق بين الدول الآسيوية (ومنها العربية) وبين الولايات المتحدة الأمريكية فى التوقعات بالنسبة للإرشاد النفسى، ووجد تشابه بين الدول الآسيوية على أساس أن الدول الآسيوية تتقارب أكثر ثقافياً إذا ما قورنت بالولايات المتحدة، وهذا يوجب الاهتمام بالإرشاد النفسى فى إطار الثقافة العربية.

وقدم لطفى بركات أحمد ومصطفى زيدان (١٩٦٨) دراسة عن التوجيه التربوى والإرشاد النفسى فى المدرسة العربية، استعرضا فيه الجوانب النظرية والتطبيقية للتوجيه والإرشاد التربوى فى مدرسة المتفوقين واهتما بصفة خاصة بمركز التوجيه والإرشاد النفسى.

وفى بحث فرح الجوهرى EL- Gawhary (١٩٦٩) تمت دراسة المشكلات الشخصية لعينة

من طلاب المدارس الثانوية فى مصر، وأوصى البحث بضرورة الاهتمام ببرامج التوجيه والإرشاد فى المدارس المصرية.

وأجرى محمد خير ما مسر (١٩٧١) بحثاً عن مشكلات الشباب الجامعى فى الأردن وحاجاتهم الإرشادية.

وفى الأردن أيضاً، أجرى إبراهيم العمار (١٩٧٢) بحثاً مماثلاً عن مشكلات طلاب وطالبات المرحلة الإعدادية وحاجاتهم الإرشادية.

وفى مصر، أجرت عايدة عبدالحميد (١٩٧٢) بحثاً عن الرسوم العشوائية لعينة منتخبة من الأحداث في سن التاسعة وصلتها بسلوكهم الاجتماعى وتوجيههم التربوى.

وفى مصر أيضاً، أجرى مصطفى الشرقاوى دراسة لأنماط القدرات اللازمة للتكيف والنجاح فى التدريب على بعض المجموعات المهنية وتطبيقاتها فى مجال التربية والتوجيه المهنى.

وفى العراق، أجرى أنور طاهر رضا (١٩٧٤) دراسة تجريبية فى تأثير الإرشاد على التحصيل المدرسى فى الصف السادس الابتدائى.

وفى مصر، أجرى أحمد رفعت جبر (١٩٧٤) دراسة تجريبية مقارنة بين أسلوبى الإرشاد النفسى عن طريق القراءة والمناقشة الجماعية.

وفى المملكة العربية السعودية، قدم سيد عبدالحميد مرسى (١٩٧٤) دراسة عن دور المعلم فى التوجيه والإرشاد فى المدرسة الثانوية، أبرز فيها علاقة التوجيه بالتربية، وتناول المشكلات التربوية المتعلقة باختيار نوع الدراسة والالتحاق بها، والمتعلقة بالتكيف للدراسة، والمتعلقة بإنهاء الدراسة والتحول إلى المجال المهنى، وتناولت الدراسة التوجيه التربوى بالتحديد ودور المعلم فيه.

وفى مصر، قام الباحث الحالى (حامد زهران، ١٩٧٧) بتقديم نموذج جديد لعملية الإرشاد والعلاج النفسى.

وأعدت وسيمة رجب (١٩٧٧) دراسة عن مدى تقبل طلبة المرحلة الثانوية فى الأردن لعملية الإرشاد ولدور المرشد.

وفى مصر، أجرى أحمد رفعت جبر (١٩٧٨) دراسة تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء وأثر إرشاد الأبناء على تخفيف القلق لدى المراهقين.

وفى العراق، أجرى شاكر عبد جاسم (١٩٧٨) دراسة تجريبية فى تأثير الإرشاد على بعض المظاهر السلوكية غير المقبولة اجتماعياً لدى طلاب الصف الثالث المتوسط.

وفى مصر، قام الباحث الحالى (حامد زهران، ١٩٨٠) ببحث عن العلاج النفسى التربوى للأطفال، قدم فيه نموذجاً علاجياً تربوياً حدد فنياته ودور المدرس العلاجى والإرشادى فيه والمنهج العلاجى وأهدافه ومراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته.

وأعد تيسير منيزل مرعى (١٩٨٠) بحثاً عن الأنماط الشخصية والاجتماعية التكيفية لطلاب المرحلة الثانوية الذين يبحثون عن الخدمات الإرشادية وأولئك الذين لا يبحثون عن هذه الخدمات فى المدارس الثانوية الحكومية فى الأردن.

وفى مصر، أجرى الباحث الحالى (حامد زهران، ١٩٨١) بحثاً عن الإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى، تناول الرعاية التربوية للطلاب على أساس أن الإرشاد النفسى والتربوى حق لكل طالب. وقدم برنامجاً للإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى محدداً أهدافه وتخطيطه وخدماته وتنفيذه وتقييمه.

وفى المملكة العربية السعودية، أجرى يوسف القاضى وآخرون (١٩٨١) دراسة عن الخدمات التوجيهية والإرشادية الموجودة فى مدارس المملكة، تم جمعها من واقع الاستجابة لاستبيان طبق فى مدارس الرياض، وتناولت الدراسة دور المدرس فى عملية التوجيه والإرشاد المدرسى جنباً إلى جنب مع المرشد والأخصائى النفسى والمشرف الاجتماعى وباقى المسئولين عن النشاطات الطلابية مع تصور للخدمات الإرشادية والتوجيهية فى المدرسة وبرنامج الإرشاد التربوى وخدماته بالمدارس والجامعات وإعداد المرشدين.

وفى دول الخليج العربى، أجرى حامد العبد ولطفى فطيم (١٩٨٤) دراسة عن التحديات التى تواجه الإرشاد النفسى فى الخليج العربى (البحرين والسعودية والعراق وعمان والإمارات وقطر والكويت)، وحدد الباحثان بعض التحديات وهى: تحد من بعض علماء النفس الذين لا يدركون إلا القشور من الارشاد النفسى، وتحد من المجتمع الذى لا يعترف للمرشد بمكانة ولا مهنة بهذا الاسم، وتحد من بعض وزارات التربية والتعليم التى لا تعترف بالدور الأساسى للإرشاد فى العملية التعليمية.

ومن الأردن، قدم عبدالمجيد نشواتى وشاهر الحسن (١٩٨٤) بحثاً عن مشكلات الإرشاد الأكاديمى فى جامعة اليرموك.

وفى سوريا، قدم ضرار جرادات (١٩٨٤) بحثاً عن الخطط الدراسية والإرشاد الأكاديمى.

وفى سوريا أيضاً، قدم عبدالقادر رباعى (١٩٨٤) بحثاً عن الإرشاد الأكاديمى والتسجيل، تناول فيه أهم المشكلات والحلول.

وفى المملكة العربية السعودية، أعد الباحث الحالى (حامد زهران، ١٩٨٥) دراسة عن دور الإرشاد النفسى المنبثق من الشريعة الإسلامية فى معالجة مشكلات الشباب العربى المعاصر. وكان التركيز فى هذه الدراسة على طريقة الإرشاد النفسى الدينى باعتبارها الطريقة الأمثل والأنسب للمجتمع العربى الإسلامى، فى إطار مجال إرشاد الشباب.

وأجرى يسرى رزق مرقص (١٩٨٥) مقارنة لنظم التوجيه التعليمى لتلاميذ المرحلتين الإعدادية والثانوية فى جمهورية مصر العربية والولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد السوفيتى.

وقدم محمد خليفة بركات (١٩٨٧) دراسة عن التجريب التربوى فى مصر بين الماضى والحاضر والمستقبل، تناول فيها إنشاء العيادة النفسية الملحقة بقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس، والمدارس النموذجية والمدرسة الثانوية للمتفوقين، والأخذ بفكرة البطاقة المدرسية كسجل لحياة الطالب يعتمد عليها فى التوجيه التربوى. وتناولت الدراسة كذلك استخدام اختبارات القبول لأنواع المدارس الفنية. وأولت الدراسة اهتماماً خاصاً بتجربة التوجيه والإرشاد النفسى فى المدارس الثانوية، وإنشاء شعبة خاصة بكلية التربية جامعة عين شمس لتخريج المرشد النفسى ليتعاون مع الأخصائى الاجتماعى والمدرسين بالمدرسة. ومن التطلعات والآمال التى يراد تحقيقها فى المستقبل: تعدد المسارات التعليمية فى المرحلة الواحدة، وحرية اختيار الوقت للسير فى التعليم، والمرونة فى تغيير الممارسات التعليمية، والإكثار من مدارس المتفوقين فى كل مجال تعليمى وتطبيق نظام الساعات المعتمدة بالمدارس الثانوية.

تساؤلات البحث:

دارت تساؤلات البحث الرئيسية حول المحاور التالية:

- برامج التوجيه النفسى والإرشاد التربوى.
- مفهوم الإرشاد التربوى لدى العاملين فى حقل التربية.
- وسائل الإرشاد مثل الاختبارات والمقاييس والسجلات والبطاقات المدرسية.
- إعداد المرشدين النفسيين.
- المرشدون النفسيون والأخصائيون النفسيون فى المدارس.
- قيام المدرسين والأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين بدورهم الإرشادى.
- مراكز الإرشاد النفسى والعيادات النفسية.

- تواجد وممارسة الإرشاد التربوى والمهنى وإرشاد المعوقين.
- البحوث اللازمة لعملية الإرشاد التربوى ومدى الإفادة منها.
- شكل الإرشاد التربوى فى الوقت الحاضر.
- المقترحات بالنسبة للإرشاد التربوى فى المستقبل.

أداة البحث:

فى ضوء مشكلة البحث وهدفه وحدوده وتساؤلاته، أعد الباحث "استطلاع الرأى حول الإرشاد التربوى فى الوطن العربى" كأداة للبحث الحالى.

ويضم استطلاع الرأى ٢٠ سؤالاً منها ١٨ سؤالا الإجابة عنها "نعم"، أو "أحياناً" أو "لا"، وسؤالان مفتوحان.

ودارت أسئلة استطلاع الرأى حول:

١- وجود برامج التوجيه والإرشاد النفسى بصفة عامة.
٢- وجود برامج التوجيه والإرشاد التربوى بصفة خاصة.
٣- وضوح مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى لدى العاملين فى حقل التربية.
٤- توافر الوسائل اللازمة لعملية الإرشاد النفسى.
٥- توافر الاختبارات والمقاييس التى أعدت وقننت محلياً.
٦- وجود السجلات أو البطاقات المدرسية.
٧- إعداد المرشدين النفسيين فى أقسام علم النفس بالجامعات.
٨- وجود المرشدين النفسيين المتخصصين فى المدارس.
٩- وجود الأخصائيين النفسيين فى المدارس.
١٠- قيام المدرسين بدورهم الإرشادى خلال عملهم كمدرسين.
١١- قيام الأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين بدورهم الإرشادى.
١٢- وجود مراكز للإرشاد النفسى.
١٣- وجود عيادات نفسية.
١٤- ممارسة الإرشاد التربوى فى المدارس.
١٥ ممارسة الإرشاد المهنى.
١٦- ممارسة إرشاد المعوقين.

١٧ـ إجراء البحوث العلمية اللازمة لعملية الإرشاد التربوى.

١٨ـ الاستفادة بنتائج البحوث والعمل بتوصياتها.

١٩ـ شكل الإرشاد التربوى فى الوقت الحاضر (سؤال مفتوح).

٢٠ـ المقترحات بالنسبة للإرشاد التربوى فى المستقبل (سؤال مفتوح).

العينـة:

قام الباحث باستطلاع رأى عينة من الخبراء والعلماء المصريين من أعضاء هيئة التدريس بكليات التربية الذى يعملون أو عملوا بالبلاد العربية كمعارين وأساتذة وزائرين (ثلاث عشرة بلداً).

وضمت عينة البحث ٨٠ عضوهيئة تدريس (٦٠ عمل كل منهم فى واحدة من الدول العربية الثلاث عشرة، ٢٠ لم يعملوا بالبلاد العربية ويمثلون مصر).

ويوضح جدول «١» توزيع أفراد العينة بالنسبة للبلاد العربية المختلفة

جدول «١» توزيع أفراد العينة (ن = ٨٠)

البلـــد	العدد	البلـــد	العدد
مصـــر	٢٠	الأردن	٣
المملكة العربية السعودية	٢٠	البحـــرين	٢
قطـــر	٨	اليمـــن	٢
الإمارات العربية	٧	ليبيـــا	٢
الكـــويت	٦	المغـــرب	١
الســـودان	٤	عمـــان	١
العـــراق	٤		

الإجـراءات:

تم استطلاع رأى الأساتذة فى عدد من اللقاءات التى تجمع أعداداً منهم مثل مجالس الأقسام ومجالس الكليات والندوات العلمية واللجان العلمية.

وحصل الباحث على بعض الاستجابات بريدياً من زملاء مازالوا يعملون ببعض الدول العربية.

وتم تفريغ الاستجابات بالنسبة لكل سؤال من أسئلة استطلاع الرأى. وتم تحليل نتائج استطلاع الرأى بحساب النسب المئوية لتكرارات استجابات عينة البحث بالنسبة لثمانية عشر سؤالاً، وتفريغ الاستجابات الخاصة بشكل الإرشاد التربوى فى الوقت الحاضر فى السؤال رقم ١٩، والخاصة بالمقترحات المستقبلية فى السؤال رقم ٢٠.

النتائج (تقرير الحاضر وتطلعات المستقبل):

يوضح جدول «٢» النسب المئوية لإجابات أفراد العينة على استطلاع الرأى حول الإرشاد التربوى فى الوطن العربى.

جدول «٢» النسب المئوية لإجابات أفراد العينة على

استطلاع الرأى حول الإرشاد التربوى فى الوطن العربى

(ن = ٨٠)(*)

رقم السؤال	موضوع السؤال	نعم	أحياناً	لا
١	برامج الإرشاد النفسى	١٥	٢٥	٦٠
٢	برامج الإرشاد التربوى	٤٠	٢٠	٤٠
٣	مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى	٢٥	٢٥	٥٠
٤	وسائل عملية الإرشاد	٤٠	٣٠	٣٠
٥	الاختبارات والمقاييس المحلية	٢٥	٢٥	٥٠
٦	السجلات والبطاقات المدرسية	٧٥	٢٥	—
٧	أعداد المرشدين النفسيين	٣٨	١٢	٥٠
٨	المرشدون النفسيون فى المدارس	—	١٠	٩٠
٩	الأخصائيون النفسيون فى المدارس	٥	١٠	٨٥
١٠	المدرسون ودورهم الإرشادى	١٥	٣٧	٤٨
١١	الأخصائيون الاجتماعيون ودورهم الإرشادى	٤٢	٣٣	٢٥
١٢	مراكز الإرشاد النفسى	١٥	١٥	٧٠
١٣	العيادات النفسية	١٥	٢٥	٦٠
١٤	ممارسة الإرشاد التربوى	١٥	٣٠	٥٥
١٥	الإرشاد المهنى	١٢	١٨	٧٠
١٦	إرشاد المعوقين	١٨	٣٠	٥٢
١٧	البحوث فى الإرشاد التربوى	٢٥	٥٠	٢٥
١٨	الاستفادة بنتائج البحوث وتوصياتها	١٠	٥٠	٤٠
	المتوسط	٢٤	٢٦	٥٠

(*) النسب المئوية مقربة لأقرب رقم صحيح

وفيما يلى عرض النتائج والتعليق عليها بأسلوب تقرير الحاضر وتطلعات المستقبل، مرتبة حسب الأسئلة الواردة فى استطلاع الرأى حول الإرشاد التربوى فى الوطن العربى. ويلاحظ أن بعض الأساتذة عند إجابتهم كانوا يضيفون تعليقات وملاحظات وتحديدات وتحفظات، وضعها الباحث فى الاعتبار فى تقرير النتائج.

برامج الإرشاد النفسى:

ـ السؤال: هل توجد برامج إرشاد نفسى بصفة عامة؟

= الإجابات: نعم (١٥٪)، أحياناً (٢٥٪)، لا (٦٠٪).

توضح هذه الإجابات أن برامج الإرشاد النفسى، كبرامج مخططة منظمة، قليلة الوجود فى الوطن العربى، وفى بعض الجامعات فقط، بينما فى بعض الأحيان توجد مخططات، وفى معظم الأحيان لا توجد برامج على الإطلاق. ويلاحظ أن الإرشاد النفسى دخل إلى العالم العربى ككل على استحياء، ولا يتخذه الكثيرون مهنة لكسب عيشهم، وإنما دخلت مقررات الإرشاد إلى كليات التربية والآداب استكمالاً للمظهر واستخداماً للشهادات التى حصل عليها بعض المبعوثين ممن درسوا الإرشاد النفسى، وربما لا توجد وظيفة اسمها المرشد النفسى فى معظم البلاد العربية (حامد العبد ولطفى فطيم، ١٩٨٤).

ومعلوم أن الإرشاد النفسى لابد له من برنامج مخطط منظم فى ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية، ولتحقيق أهداف التوجيه والإرشاد النفسى، وهذا البرنامج يحدد «ماذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى» عملية الإرشاد النفسى (حامد زهران، ١٩٨٠).

برامج الإرشاد التربوى:

ـ السؤال: هل توجد برامج للإرشاد التربوى بصفة خاصة؟

= الإجابات: نعم (٤٠٪)، أحياناً (٢٠٪)، لا (٤٠٪)

من هذه الإجابات يتضح أن برامج الإرشاد التربوى موجودة فى بعض البلاد العربية، خاصة فى الجامعات باسم برامج الإرشاد الأكاديمى أو الإرشاد الطلابى فى ظل نظام الساعات المعتمدة. أما فى المدارس فهى قليلة مثل بعض المدارس النموذجية والمدارس التجريبية ومدارس المتفوقين ومدارس المعوقين، وهى تكاد تكون معدومة فى باقى المدارس العادية، ابتداء من التعليم الابتدائى وحتى الثانوى. ويلاحظ على العموم أنه لا يوجد فى أى بلد عربى برامج شاملة أو نظم معممة للإرشاد التربوى فى جميع مراحل التعليم. «ومعلوم أن الإرشاد التربوى من المجالات الحديثة

العهد على البلاد العربية من حيث الاستيعاب والتطبيق والاستفادة منه بصورة مدروسة ومنظمة، ومن حيث توافر المتخصصين فى هذا المجال الحيوى» (يوسف القاضى وآخرون، ١٩٨١).

ومما لا شك فيه أن من أهم أسباب مشكلات الشباب بصفة عامة ومشكلاتهم التربوية بصفة خاصة نقص وجود الإرشاد التربوى والمهنى والزواجى (شو و تويل Shaw & Tuel ، ١٩٦٦).

ونتطلع مستقبلاً إلى تواجد برامج الإرشاد التربوى فى المؤسسات التربوية جميعاً، وفى كل مراحل التعليم ابتداء من التعليم الابتدائى حتى التعليم الجامعى، وإجراء المزيد من البحوث حول تعميم نظام الساعات المعتمدة[١].

مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى:

- السؤال: هل مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى واضح لدى العاملين فى حقل التربية والتعليم؟

= الإجابات: نعم (٢٥٪)، أحياناً (٢٥٪)، لا (٥٠٪)

توضح هذه الإجابات أن مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى واضح بدرجة متوسطة لدى العاملين فى حقل التربية والتعليم (خاصة المدرسين). ويلاحظ أن كليات التربية من أكثر الكليات الجامعية انتشاراً وتوسعاً، لدرجة أنها تكاد تكون نواة كثير من الجامعات الناشئة. وفى هذه الكليات يتم الإعداد التربوى مع الاهتمام بالتوجيه والإرشاد التربوى حيث توجد مقررات تتناوله. ويلاحظ فى نفس الوقت أن هناك كما كبيرا من المدرسين غير المؤهلين تربوياً، ومفهوم التربية غير واضح لديهم، فما بالنا بمفهوم التوجيه والإرشاد التربوى. ويلاحظ أيضاً وضوح مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى لدى البعض ويصاحبه التطبيق العملى الميدانى، بينما لدى البعض قد لا يرافق وضوح المفهوم التطبيق العملى.

ومن أبسط قواعد الإرشاد النفسى أن يكون المفهوم واضحاً، والاتجاه موجباً لدى العاملين، حتى يكون الدافع لديهم قوياً والعمل متقناً.

---

(١) من الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع:

- نموذج مقترح للإرشاد الأكاديمى فى نظام الساعات المعتمدة بالأردن (سليمان الريحانى ونزيه حمدى، ١٩٨٤).
- الإرشاد الأكاديمى فى إطار نظام الساعات المعتمدة (خالد العمرى، ١٩٨٤).
- نماذج من الإرشاد الأكاديمى فى نظام الساعات المعتمدة (سعدى أبو صايمة، ١٩٨٤).

ونأمل أن يواكب المعرفة مهارة تطبيقها والاتجاه الإيجابى لفظياً وعملياً، فخير العلم ما صدّقه العمل(١). وإلى جانب العاملين فى حقل التربية والتعليم، يجب التوسع فى نشر الثقافة التربوية والنفسية والخاصة بالتوجيه والإرشاد النفسى والتربوى لدى الطلاب وفى المجتمع بصفة عامة لتحقيق الأهداف الإنمائية والوقائية، ومن المفيد استغلال وسائل الإعلام لتحقيق هذا الغرض.

وسائل عملية الإرشاد:

ـ السؤال: هل تتوافر الوسائل اللازمة لعملية الإرشاد؟

= الإجابات: نعم (٤٠٪)، أحياناً (٣٠٪)، لا (٣٠٪).

تشير هذه الإجابات إلى توافر الوسائل اللازمة لعملية الارشاد فى كثير من الأحيان، ولكن على مستوى الوجود الأكاديمى فقط خاصة فى أقسام علم النفس ومعامله وأقسام الصحة النفسية والعيادات التابعة لها(٢)، ومن خلال بحوث الماجستير والدكتوراه وما بعد الدكتوراه، ومازالت بعض الدول العربية تعانى من نقص شديد خاصة فى الاختبارات والمقاييس. وإذا كان هناك من وسائل إرشاد تستخدم فهى غير الاختبارات والمقاييس. وكم سأل الباحث الحالى فى اجتماعات عديدة ـ كم من الحاضرين قيس ذكاؤه، أو عرفت أبعاد شخصيته؟ وفى كل المرات كانت الإجابة مؤسفة.

ومعروف أن من أشهر وسائل عملية الإرشاد وأيسرها وأشيعها استخداماً: المقابلة، الملاحظة، دراسة الحالة، مؤتمر الحالة، الفحوص والبحوث النفسية والاجتماعية، السيرة الشخصية، السجلات، والاختبارات والمقاييس، وهذه الوسائل المتعددة تعد لجمع البيانات العامة عن الفرد وعن شخصيته وعن مشكلاته، وهى بذلك تعتبر حجر الزاوية فى عملية الإرشاد.

ونأمل مستقبلاً أن يزداد الاهتمام العلمى بوسائل عملية الإرشاد، وأن تصبح هذه الوسائل وسائل فعلاً لتحقيق أهداف عملية الإرشاد وليست غاية فى حد ذاتها، بمعنى أن يتم استخدامها ميدانياً فى حقل التربية والتعليم.

---

(١) من البحوث المفيدة هنا:

ـ اتجاهات معلمى ومعلمات المرحلة الإلزامية نحو التوجيه التربوى فى الأردن (ذوقان عبيدات، ١٩٧١).

(٢) من الوسائل الميسرة لعملية الإرشاد النفسى:

ـ دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى (حامد زهران، ١٩٧٦).

الاختبارات والمقاييس المحلية:

- السؤال: هل معظم الاختبارات والمقاييس أعدت وقننت محلياً؟

= الإجابات: نعم (٢٥٪)، أحياناً (٢٥٪)، لا (٥٠٪).

تشير هذه الإجابات إلى الاهتمام المتوسط بإعداد وتوفير الاختبارات والمقاييس وتقنينها محلياً فى الوطن العربى، ولكن هذا الاهتمام يكاد يكون قاصراً على الجامعات ومراكز البحوث التربوية والنفسية. ويضيق المجال بذكر الاختبارات والمقاييس التى تم أو يجرى إنشاؤها وإعدادها وتجريبها وتقنينها فى الوطن العربى، وتجريب بعضها فى عمليات إرشادية على مستوى محدود فى بعض البلاد العربية. وعلى سبيل المثال تم تقنين الكثير من الاختبارات العالمية فى العديد من البلاد العربية مثل اختبارات الذكاء واختبارات الشخصية وغيرها[١].

ولسنا بحاجة إلى تأكيد أهمية الاختبارات والمقاييس فى مجال الإرشاد التربوى، فهى تعتبر أهم الوسائل.

ويجب الاهتمام بإنشاء وإعداد وتعريب وتقنين عدد متنوع متكامل من الاختبارات والمقاييس اللفظية وغير اللفظية والعملية، الفردية والجماعية فى شكل بطاريات فى البيئة العربية تضم اختبارات ومقاييس الشخصية والذكاء والميول والقيم والاتجاهات والتشخيص والتوافق والصحة النفسية والإرشاد النفسى. وليتنا نهتم بتخصص القياس النفسى فى أقسام علم النفس بالجامعات. وليتنا نحقق الأمل فى إنشاء مؤسسة عربية خاصة لإنشاء وتقنين ونشر وتوزيع الاختبارات والمقاييس العربية والعالمية فى جميع أنحاء الوطن العربى. ومن المناسب هنا أن نذكر بما جاء فى إحدى توصيات المؤتمر الأول للتوجيه المهنى الذى عقد بالقاهرة فى ديسمبر ١٩٨٦، وتؤكد هذه التوصية على ضرورة وجود جهة علمية متخصصة تأخذ على عاتقها عمليات إعداد بطاريات قومية لقياس قدرات الأفراد، وتجميع وتقييم ما تم بالجهود الفردية وجهود الجهات المختلفة، وترجمة وأقلمة ما هو متاح فى السوق العالمية، وتولى عمليات النشر والتوزيع، ووضع أسس ومواثيق مهنية لتداول واستخدام هذه الاختبارات والمقاييس.

السجلات والبطاقات المدرسية:

- السؤال: هل توجد سجلات أو بطاقات مدرسية فى المدارس؟

= الإجابات: نعم (٧٥٪)، أحياناً (٢٥٪)، لا (ـــ).

---

(١) من البحوث المرتبطة بهذا الموضوع:

- مدى صلاحية اختبار ستانفورد للاستعداد العلمى لاختيار الطلبة لكلية الهندسة (استيليا جرجس، ١٩٧٣).
- بطارية لقياس القدرات العقلية اللازمة للنجاح فى الدراسة بكليات الطب (فتحى الزيات، ١٩٧٧).

من هذه الإجابات يتضح أن السجلات (وغالباً) البطاقات المدرسية هى أكثر ما أجمع الأساتذة على تواجده فى المدارس فى الوطن العربى، وهى بهذا أوسع وسائل الإرشاد انتشاراً وتواجداً فى مدارسنا. وفى كثير من البلاد العربية نرى نماذج متطورة من السجلات والبطاقات المدرسية. وصحيح أن هذه السجلات والبطاقات تملأ وتستخدم بياناتها بكفاءة فى بعض الأحيان، ولكن بكل أسف نجد أنه فى كثير من الأحيان توضع السجلات والبطاقات فى ملفات الطلاب وتظل بيضاء بدون معلومات، وبالتالى لا تستخدم، أى أنها تكون شكلية.

ومعروف أن السجلات المجمعة أو التراكمية والبطاقات المدرسية تعتبر مخازن معلومات تتضمن أكبر قدر من البيانات فى أقل حيز ممكن، ويمكن أن تصاحب الفرد فى نموه وفى تنقله من مرحلة إلى أخرى ومن مدرسة إلى أخرى ومن المدرسة إلى العمل ومن عمل إلى آخر ومن بلد إلى آخر.

وحيث أن السجلات والبطاقات المدرسية هى المتواجدة فعلاً فى كل البلاد العربية، فعلينا الاهتمام بها وبعوامل نجاحها مثل الشمول والانتقاء والاستمرار والمعيارية والبساطة والتنظيم والحفظ والسرية (حامد زهران، ١٩٨٠).

إعداد المرشدين النفسيين:

- السؤال: هل يتم إعداد مرشدين نفسيين فى أقسام علم النفس بالجامعات؟

= الإجابات: نعم (٣٨٪)، أحياناً (١٢٪)، لا (٥٠٪).

هذه إجابات حذرة متوازنة، توضح وجود إعداد المرشدين النفسيين فى بعض البلاد العربية وعدم إعدادهم فى البعض الآخر. وفى كثير من أقسام علم النفس فى البلاد العربية يتم إعداد المرشدين النفسيين بمعنى منح درجات فى الإرشاد النفسى[1]. ففى مصر مثلاً تمنح درجة الدبلوم المهنية فى الإرشاد النفسى من كليات التربية، ولكن وبكل أسف فإن الخريجين لا يعملون كمرشدين فى المدارس. وتمنح كذلك درجة الماجستير والدكتوراه ولكن الحاصلين عليها يعملون كأعضاء هيئة تدريس بالجامعة. هذا عن إعداد المرشدين النفسيين بصفة عامة والذين يعتبر الواحد منهم - إن وجد فى الميدان - بمثابة «ممارس عام». أما إعداد المرشدين التربويين بصفة خاصة فليس إعدادهم المهنى المتخصص أحسن حالاً. ويلاحظ أنه فى الوقت الحاضر لا يوجد

(١) قام الباحث الحالى بمهمة علمية بكلية التربية جامعة الملك فيصل بالمملكة العربية السعودية (نوفمبر ١٩٨٥) للإسهام فى وضع برنامج الماجستير فى التوجيه والإرشاد النفسى.

تمهين Professionalization للإرشاد النفسى بعامة والإرشاد التربوى بخاصة، ولا يوجد فى الحاضر تشريعات محددة وحاسمة خاصة بالإرشاد النفسى والتربوى.

ومعروف أن المرشد النفسى هو المسئول المتخصص الأول عن العمليات الرئيسة فى الإرشاد وخاصة فى عملية الإرشاد نفسها، ويطلق عليه أحياناً مصطلح «مرشد التوجيه» Guidance Counsellor . والمطلوب فى المستقبل القريب أن يتم الاهتمام أكثر بإعداد وتدريب المرشدين النفسيين فى الوطن العربى وأن يتم إنشاء درجات دبلومات مهنية متخصصة فى كل مجال من مجالات الإرشاد النفسى مثل: الإرشاد التربوى، والمهنى، والعلاجى، والزواجى، والأسرى، وإرشاد المعوقين، والأطفال، والشباب، والكبار. ويجب الاهتمام بإعداد المرشدين النفسيين فى الجامعات العربية وعن طريق إيفاد بعثات للخارج فى ضوء نظرة مستقبلية، بحيث يستفاد من كل الاكتشافات العلمية الجديدة. فالمرشدون الذين نعدهم الآن هم الذين سيمارسون الإرشاد حتى بعد سنة ٢٠٠٠ إن شاء الله. ومطلوب مستقبلاً تمهين الإرشاد النفسى بحيث يكون مهنة معترفا بهافى المجتمع وفى التربية والتعليم بخاصة. ويجب العمل على إعداد توصيف معروف ومحدد لعمل المرشد، يحدد هويته المهنية بحيث يحمل لقب «مرشد نفسى» أو «مرشد تربوى».. وهكذا.

المرشدون النفسيون فى المدارس:

- السؤال: هل يوجد مرشدون نفسيون متخصصون فى المدارس؟

= الإجابات: نعم (ــ)، أحياناً (١٠٪)، لا (٩٠٪).

تشير هذه الإجابات إلى واقع يقول إن وجود المرشدين النفسيين الفعلى فى المدارس قليل جداً بل ونادر، وعدم وجودهم كثير جداً ومفزع، والقليلون الموجودون منهم نشاهدهم فى بعض المدارس النموذجية أو التجريبية أو الخاصة جداً.

ومعروف أن وجود المرشد النفسى المدرسى School Counseller ضرورى لتنفيذ أى برنامج للتوجيه والإرشاد، فهو يدرس استعدادات وقدرات وإمكانات وميول وحاجات الطلاب، ويعرّفهم بالإمكانات والخبرات التربوية المتاحة، وييسر كل الخدمات والتسهيلات فى المدرسة والمجتمع، ويساعد فى التخطيط للمستقبل التربوى. (محمود عبدالله صالح، ١٩٨٥، جيرالد كورى، ١٩٨٥)(١).

ونأمل مستقبلاً أن يتم الاهتمام بإعداد المرشد النفسى المدرسى بحيث يتواجد فى كل مدرسة ليقوم بدوره الإرشادى. وفى المستقبل نرجو الإفادة مما يتيحه التقدم العلمى والتكنولوجى فى

(١) من الدراسات المفيدة هناك:

- دراسة عن سمات الشخصية المميزة للمرشدين الفعالين وغير الفعالين (سليمان الريحانى وصالح الخطيب، ١٩٨٥).

أيدى المرشدين من وسائل مقننة متقدمة لدراسة الفرد والجماعة وتحسين عملية الإرشاد وخدماتها مثل الحاسب الآلى وآلات التعليم المبرمج والدوائر التليفزيونية المغلقة والفيديو.

الأخصائيون النفسيون فى المدارس:

ـ السؤال: هل يوجد أخصائيون نفسيون فى المدارس:

= الإجابات: نعم (٥٪)، أحياناً (١٠٪)، لا (٨٥٪).

تشير هذه الإجابات أيضاً إلى واقع يقول إن وجود الأخصائيين النفسيين الفعلى فى المدارس قليل بل ونادر، وعدم وجودهم كثير جداً وهو القاعدة. والقليلون الموجودون منهم نشاهدهم فى بعض المدارس النموذجية والتجريبية ومدارس التربية الخاصة. وفى مصر ـ على سبيل المثال ـ تقصر وزارة التربية والتعليم تعيين الأخصائيين النفسيين ـ من خريجى أقسام علم النفس بالجامعات ـ على الإدارة العامة للتربية الخاصة (حامد زهران وفوزى إلياس، ١٩٨٧).

ومعروف أن الأخصائى النفسى بصفة عامة هو المساعد الرئيسى للمرشد النفسى. وحين يتخصص الأخصائى النفسى للعمل فى مجال التربية والتعليم يطلق عليه «الأخصائى النفسى المدرسى»، وحين يتخصص فى القياس النفسى يطلق عليه «أخصائى القياس النفسى».

وينبغى مستقبلاً أن يزداد الاهتمام بإعداد وتخريج أخصائيين نفسيين مدرسيين وتعيينهم فى كل مدرسة وفى كل مراحل التعليم، حاصلين على دراسات تربوية خاصة، ومؤهلين ومدربين على مجالات الإرشاد مثل إرشاد الأطفال، وعلى طرقه المختلفة، وعلى التعامل مع الحالات الخاصة مثل حالات التخلف الدراسى أو الضعف العقلى أو الجانحين أو المعوقين، ويجب الاهتمام بتعيين أخصائيين فى القياس النفسى حاصلين على دراسات تخصصية فى القياس النفسى مع تدريب عملى كاف فى إجراء وتفسير نتائج الاختبارات والمقاييس.

المدرسون ودورهم الإرشادى:

ـ السؤال: هل يقوم المدرسون بدورهم الإرشادى خلال عملهم كمدرسين؟

= الإجابات: نعم (١٥٪)، أحياناً (٣٧٪)، لا (٤٨٪).

توضح هذه الإجابات أن المدرسين يقومون بدورهم الإرشادى بدرجة متوسطة وليسوا جميعاً كما هو مفروض. وهذا الواقع غير سار، لأن المتوقع هو أن يقوم المدرسون بدورهم الإرشادى بنسبة ١٠٠٪، ولكن المتوقع شيء والواقع شيء آخر فى مجتمعنا العربى. إن بعض المدرسين غير مؤهلين تربوياً وبعضهم تقليديون يهتمون فقط بتدريس مواد تخصصهم، وبعضهم ينشغلون

بإعطاء الدروس الخصوصية، وبعضهم ليس واضحاً لديه مفهوم التوجيه والإرشاد. يبقى الذين يقومون بدورهم الإرشادى وهؤلاء تجدهم يعملون بطريقة الإرشاد العرضى (الصدفى، الطارئ، العابر، السريع، المختصر، غير المخطط، الذى ليس له برنامج)، والذى يعتمد على المجهود الشخصى للمدرس.

والمفروض أن المدرس المؤهل تربوياً هو الوحيد المسموح به للعمل فى المدارس، والذى يعرف حين يقوم بدوره الإرشادى باسم «المدرس ـ المرشد»، إنه هو الذى يعلّم العلم، ويوجه النمو، ويسهم فى عملية الإرشاد بقدر ما يستطيع، ويحيل ما لا يستطيع إلى الأخصائيين. والمدرس ـ المرشد يدرب ويعد تربوياً على خدمات الإرشاد التربوى، لكى يأخذ مكانه فى فريق الإرشاد النفسى ـ إن وجد ـ ولكى يمارس الإرشاد التربوى ولكى يسد النقص فى حالة عدم توافر المرشدين فى المدارس (كيريبروك Kerrebrock ، ١٩٧١، كار Carr ، ١٩٧٢، حامد زهران، ١٩٨٣). والمدرس ـ المرشد عليه واجبات إرشادية منها: تيسير وتشجيع عملية الإرشاد التربوى فى المدارس والمساعدة فى إجراء وسائل الإرشاد، واكتشاف حالات سوء التوافق المدرسى المبكرة، ومساعدة من يمكن مساعدته، وإحالة من لا يمكن مساعدته إلى المرشد المتخصص[(١)].

وليتنا ندرب جميع المدرسين على طريقة الإرشاد خلال العملية التربوية، وهى طريقة تناسب المدرس وتعمل على دمج خدمات الإرشاد النفسى ضمن العملية التربوية، ومن أهم أساليبه الإرشاد خلال المناهج حيث يمكن للمنهج المحورى، مثلاً أن يدور حول حاجات ومشكلات التلاميذ، والإرشاد خلال النشاط المدرسى المتنوع مثل النشاط الثقافى والرياضى والاجتماعى والفنى ونشاط الأسر، والإرشاد فى الفصول العادية، والفصول التى تضم فئات خاصة من الطلاب مثل: المتفوقين أو المتخلفين أو المعوقين (حامد زهران، ١٩٨٠).

الأخصائيون الاجتماعيون ودورهم الإرشادى:

- السؤال: هل يقوم الأخصائيون الاجتماعيون المدرسيون بدورهم الإرشادى؟

= الإجابات: نعم (٤٢٪)، أحياناً (٣٣٪)، لا (٢٥٪).

تشير الإجابات إلى أن معظم الأخصائيين الاجتماعيين يقومون بدورهم الإرشادى متمثلاً فى حل مشكلات الطلاب كجانب من جوانب عملية الإرشاد، ويتعاون معظمهم مع المدرسين فى هذا، والقليلون الذين لا يقومون بدورهم الإرشادى ربما يكونون من الذين لا يقومون أصلاً

---

(١) من الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع:

- ابن جماعة والمعلم المرشد: نموذج للإرشاد النفسى الإسلامى (سيد صبحى، ١٩٨٧).

بعملهم كأخصائيين اجتماعيين ولكن ينشغلون بأعمال بعيدة عن تخصصهم فى التربية الاجتماعية. والأخصائيون الاجتماعيون ـ لحسن الحظ ـ متوافرون فى معظم المدارس، وهم مع المدرسين المرشدين يمثلون الأعضاء الموجودين من فريق الإرشاد الذى من المفروض أن يكون مكتملاً متكاملاً فى المدرسة. ولتدعيم دور الأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين وإشراكهم كأخصائيين اجتماعيين فى عملية الإرشاد التربوى، تتم بعض الجهود ـ كما فى مصر مثلاً ـ لتدريب الأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين فى دورات مكثفة فى التوجيه والإرشاد النفسى مدّة كل منها شهر ونصف الشهر، ويقوم بالتدريس والتدريب العملى المتخصصون من أساتذة الجامعات ووزارة التربية والتعليم. ويلى هذه الدورات التدريبية دورات صقل لمدة أسبوعين تضم الأخصائيين الذين مارسوا العمل بعد التدريب المكثف لمزيد من التدريب وتبادل الخبرات وتدارس الصعوبات ووسائل العلاج (وزارة التربية والتعليم، مصر، ١٩٨٥)[(١)].

ومعروف أن الأخصائى الاجتماعى المدرسى ـ متعاوناً مع المدرس المرشد ـ يقوم بالكثير من إجراءات الإرشاد التربوى والمشاركة الفعلية فى الإرشاد الجماعى والإرشاد الأسرى وإرشاد بعض حالات الجناح وسوء التوافق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية.

ويجب أن ينال الأخصائى الاجتماعى المدرسى المزيد من الاهتمام فى إعداده خاصة الدرسات التربوية، ويحسن أن يكون لديه خبرة فى التدريس، ويقترح ـ تحقيقاً لاتصاله بالعملية التربوية ـ أن يقوم بتدريس ولو حصة واحدة فى الأسبوع عن الأحداث الجارية مثلاً لكل فصل بالمدرسة. ويجب الاهتمام بتدريب الأخصائيين الاجتماعيين فى دورات التوجيه والإرشاد النفسى.

مراكز الإرشاد النفسى:

ـ السؤال: هل يوجد مراكز للإرشاد النفسى؟

= الإجابات: نعم (١٥٪)، أحياناً (١٥٪)، لا (٧٠٪).

توضح هذه الإجابات أن هناك القليل فقط من مراكز الإرشاد النفسى، ومعظمها يتبع الجامعات. أما الإرشاد ـ المحدود الذى يقدم ـ فإنه يقدم فى غير مكانه، أو بمعنى آخر فى أى مكان.

(١) الباحث الحالى عضو فى اللجنة الدائمة لتطوير التربية الاجتماعية التى اقترحت ونظمت هذه البرامج التدريبية، ويشارك فى تنفيذها وتقييمها ومتابعتها.

ومعروف أن مركز الإرشاد النفسى هو المكان المناسب الذى يتم فيه تقديم خدمات الارشاد[١]. وقد يكون مركز الإرشاد النفسى عاماً أو متخصصاً كما فى مراكز توجيه وإرشاد الأطفال أو مراكز توجيه وإرشاد الشباب أو مراكز الإرشاد التربوى، أو مراكز الإرشاد المهنى، أو مراكز الإرشاد الزواجى، أو مراكز التوجيه الأسرى. ويكون فى مركز الإرشاد النفسى هيئة كاملة من أعضاء فريق الإرشاد النفسى مثل المرشد والمعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى والطبيب النفسى وعدد من المساعدين، ويكون الأخصائيون ذوى اتجاهات متنوعة فى الإرشاد مثل الإرشاد الجماعى وغير الموجه، ويضم مركز الإرشاد النفسى حجرات خاصة بالاختبارات والمقاييس، وحجرات خاصة ببعض طرق الإرشاد مثل الإرشاد باللعب... وهكذا.

ونأمل أن يصبح فى الوطن العربى مراكز إرشاد متخصصة فى الإرشاد التربوى والمهنى والزواجى والأسرى، ومراكز متخصصة لإرشاد الأطفال والشباب والكبار، ونطمع فى تطوير مراكز الارشاد التربوى بحيث تصبح مراكز دراسة وخدمات تسعى إلى الطلاب بدلاً من أن يسعى إليها الطلاب، فيخرج المرشدون إلى الفصول ومدرجات الدراسة والمعامل بدلاً من غرف الإرشاد[٢].

العيادات النفسية:

ـ السؤال: هل توجد عيادات نفسية؟

= الإجابات: نعم (١٥٪)، أحياناً (٢٥٪)، لا (٦٠٪).

توضح هذه الإجابات أن العيادات النفسية الموجودة فى الوطن العربى محدودة العدد بشكل واضح ولا تكفى، وهى عادة تتبع أقسام الصحة النفسية وعلم النفس بالجامعات[٣]، وبعضها يتبع وزارة التربية والتعليم ووزارة الشئون الاجتماعية ووزارة الصحة ووزارة الدفاع، وبعضها ملحق بأقسام الأمراض النفسية والعصبية، وبعضها ملحق بمستشفيات عامة. «ويلاحظ أن فى وطننا العربى مازالت كثرة من الناس لديها وعى ضعيف بما يمكن للخدمات النفسية أن تقدمه للمرء واعتبار اللجوء إلى الخدمات النفسية فى عيادات نفسية نوعاً من الجنون» (حامد العبد ولطفى فطيم، ١٩٨٤).

---

(١) من مراكز التوجيه والإرشاد التى عمل بها الباحث، مركز التوجيه والإرشاد النفسى التابع لقسم علم النفس بكلية التربية بمكة المكرمة.

(٢) أسهم الباحث الحالى فى وضع مشروع إنشاء مركز التوجيه والإرشاد النفسى بكلية التربية جامعة الملك فيصل.

(٣) من العيادات النفسية التى عمل بها الباحث وتولى إدارتها العيادة النفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس. ومن العيادات النفسية التى ساهم الباحث فى إنشائها العيادة النفسية التابعة للإدارة العامة للدفاع الاجتماعى بوزارة الشئون الاجتماعية بمصر.

ويمارس الإرشاد النفسى والتربوى فى العيادات النفسية حين لا تتوافر مراكز الإرشاد النفسى، وحين تحال إليها بعض الحالات التى تعانى من سوء التوافق والاضطراب الشديد.

ونأمل أن يصبح فى الوطن العربى عيادات نفسية شاملة كافية، وعيادات نفسية متخصصة للأطفال وأخرى للشباب... وهكذا.

ممارسة الإرشاد التربوى:

- السؤال: هل يمارس الإرشاد التربوى فعلاً فى المدارس؟
- الإجابات: نعم (١٥٪)، أحياناً (٣٠٪)، لا (٥٥٪).

تشير هذه الإجابات إلى أن الإرشاد التربوى يمارس بنسبة متوسطة ومعظمه فى الجامعات حيث يطبق الإرشاد الأكاديمى أو الطلابى فى ظل نظام الساعات المعتمدة فى الدول التى تتبع هذا النظام. وعلى العموم فمازالت ممارسة الإرشاد التربوى المنظم قاصرة فى المدارس فى معظم الدول العربية[١]. وفى بعض المدارس الخاصة والتجريبية والنموذجية حيث تقدم خدمات الإرشاد التربوى يلاحظ أنها تكون بأسلوب معمم وغير مندمجة فى البرنامج التربوى والعملية التربوية، وغير متكاملة معها، ويقدم خدمات الإرشاد التربوى فى الأغلب والأعم المدرسون التربويون المتخصصون من خريجى كليات التربية.

والمفروض أن يقوم بممارسة الإرشاد التربوى فى المدارس مرشدون تربويون متخصصون، يتم إعدادهم علمياً فى أقسام علم النفس والصحة النفسية بالجامعات، ويتم تدريبهم فى مراكز الإرشاد وفى المدارس تحت إشراف الأساتذة والخبراء. وحتى يستحق المرشد أن يطلق عليه اسم «المرشد المربى» أو «المرشد المدرسى» يجب أن يقوم بتدريس حصة أسبوعياً عن الأمور الشخصية لكل فصل فى المدرسة يناقش فيها المشكلات الشخصية العامة وجوانب أخرى فى عملية الإرشاد والتوافق النفسى (ألين Allen، ١٩٧١، بويد Boyd، ١٩٧٢، جيفريس Jeffress، ١٩٧٢).

ويجب أن تعمل الجامعات فى وطننا العربى على إعداد المرشد التربوى المتخصص باعتباره المسئول المتخصص الأول عن عملية الإرشاد التربوى فى المدارس والمؤسسات التعليمية، ونأمل أن يقوم المرشد التربوى بالدور الرئيس فى عملية الإرشاد التربوى، بل يجب أن يقود فريق الإرشاد، ويشرف على إعداد وسائل الإرشاد وحفظها، ويقوم بعملية الإرشاد ويقدم خدماتها التى تتضمن خدمات شئون الطلاب وخدمات التصنيف وخدمات المتفوقين وخدمات المتأخرين عقلياً،

(١) من الدراسات المرتبطة بهذا الموضوع:
- مشكلات التوجيه التربوى فى المرحلة الإلزامية فى الأردن (يوسف مناصرة، ١٩٧٣).

وخدمات المتخلفين دراسياً. وإلى جانب هذا وذاك يجب أن يسهم فى تطوير العملية التربوية وتكامل برنامج الإرشاد فيها (جوس Gose ، ١٩٧٢، محمود عبدالله صالح، ١٩٨٥).

الارشاد المهنى:

- السؤال: هل يمارس الإرشاد المهنى؟

= الإجابات: نعم (١٢٪)، أحياناً (١٨٪)، لا (٧٠٪).

تشير هذه الإجابات إلى أن الإرشاد المهنى لا يلقى ما يستحق من اهتمام إذ أن ممارسته أقل بكثير من المستوى المطلوب فى بلادنا. والإرشاد المهنى حين يمارس فى بلادنا يكون غالباً قاصراً وبمفهوم التدريب المهنى، وقليلاً بالمفهوم العلمى السليم. والإرشاد المهنى فى معظم الأحيان غائب، وعلى أحسن الأحوال شكلى، وهذا كله مسئول عن انخفاض إنتاجية الإنسان العربى[(١)].

ويلاحظ أن الإرشاد المهنى يرتبط ارتباطاً كبيراً بالإرشاد التربوى. والطلاب فى المدارس يمثلون القوى العاملة فى المستقبل وهم يحتاجون إلى خدمات الإرشاد المهنى إلى جانب الإرشاد التربوى. والإرشاد المهنى هو عملية مساعدة الفرد فى اختيار مهنة بما يتلاءم مع استعداداته وقدراته وميوله ومطامحه وظروفه الاجتماعية وجنسه، والإعداد والتأهيل لها والدخول فى العمل، والتقدم والترقى فيه، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق المهنى، وهو باختصار وضع العامل المناسب فى العمل المناسب.

ويجب الاهتمام بتيسير خدمات الإرشاد المهنى خاصة التربية المهنية، وتحليل العامل، وتحليل العمل، والاختيار المهنى، والتأهيل المهنى، والتدريب المهنى والتشغيل، والاستقرار فى العمل، والتوافق المهنى.

إرشاد المعوقين:

- السؤال: هل يمارس إرشاد المعوقين؟

= الإجابات: نعم (١٨٪)، أحياناً (٣٠٪)، لا (٥٢٪).

توضح هذه الإجابات أن إرشاد المعوقين يلقى اهتماماً متوسطاً فى الوطن العربى فى إطار

---

(١) من البحوث المرتبطة بهذا الموضوع:

- الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى (حامد زهران، ١٩٨٤).
- التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية (حامد زهران، ١٩٨٦).

مدارس التربية الخاصة التى تضم المعوقين وذوى العاهات الجسمية التى تعوقهم حسياً (العميان والصم) أو حركياً (المقعدين) والمعوقين عقلياً (ضعاف العقول) أو اجتماعياً (الجانحين) ومتعددى الإعاقة (الصم البكم العميان المشوهين). ويبقى بعض المعوقين لا يلقون ما يجب من تربية وتعليم وتدريب، وبالتالى لا يلقون ما يحتاجون إليه من توجيه وإرشاد. وبعض الدول العربية ليس بها خدمات إرشاد للمعوقين محلياً، ولكن تقدم خدمات مركزية للمعوقين كما فى دول الخليج العربى. وفى مصر على سبيل المثال يقتصر عمل الأخصائيين النفسيين فى وزارة التربية والتعليم على مجال التربية الخاصة (مدارس التربية الفكرية للمتخلفين عقلياً، ومدارس الأمل للصم وضعاف السمع، ومدارس النور للمكفوفين وضعاف البصر) (حامد زهران وفوزى الياس، ١٩٨٧).

ويتضمن إرشاد المعوقين مساعدتهم فى رعاية وتوجيه نموهم نفسياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً، وحل مشكلاتهم المرتبطة بحالات إعاقتهم أو الناتجة عن الاتجاهات النفسية الاجتماعية تجاههم وتجاه حالتهم بهدف التوافق والصحة انفسية.

وحيث أن العمل مع المعوقين يحتاج إلى تعديل وسائل وطرق الإرشاد لتناسب حالاتهم الخاصة، فليتنا نهتم بهذا فى الوطن العربى[١]. ويجب أن نعرف أنه إذا كان العاديون يحتاجون إلى التوجيه والإرشاد فإن المعوقين إليه أحوج. ويجب العمل على تقديم الخدمات الإرشادية الخاصة بكل فئة من فئات المعوقين على يد مرشدين متخصصين فى هذا المجال.

البحوث فى الإرشاد التربوى:

ـ السؤال: هل تجرى البحوث العلمية اللازمة لعملية الإرشاد التربوى؟

= الإجابات: نعم (٢٥)، أحياناً (٥٠٪)، لا (٢٥٪).

من هذه الإجابات يتضح أن بحوثاً علمية تتعلق بالإرشاد التربوى تجرى فى الوطن العربى بنسبة لا بأس بها، ولكنها بحوث متناثرة. وفى أحيان قليلة لا تجرى بحوث مرتبطة مباشرة بالإرشاد التربوى ولكن تتعلق به وبطرقه وأساليبه. وفى بعض الأحيان لا تجرى أى بحوث تتعلق بعملية الإرشاد التربوى بالمرة، خاصة فى بعض البلاد العربية حديثة العهد بتطوير التعليم حتى الآن كما فى عمان. وفى كثير من الدول العربية نجد أن البحوث فى الإرشاد التربوى لا تتعدى بحوث الماجستير، وفى بعضها لا تتعدى بحوث الدكتوراه، وفى قليل منها فقط تكون

(١) أجريت وتجرى جهود فى هذا الشأن منها على سبيل المثال:

ـ اختبار ذكاء المكفوفين وضعاف البصر (حامد زهران وفتحى عبدالرحيم، ١٩٧١).

على مستوى ما بعد الدكتوراه. وقد ورد ذكر بعضها كأمثلة ونماذج فى أماكن متفرقة من البحث الحالى. وهناك اتجاه ملحوظ فى الوقت الحاضر للاهتمام البحثى ببرامج الإرشاد إعداداً وتطبيقاً. ويلاحظ أن معظم البحوث والدراسات تتم فى أقسام علم النفس بعامة وليس فى أقسام متخصصة فى التوجيه والإرشاد التربوى. وتوجد مراكز البحوث التربوية والنفسية المنتشرة فى معظم البلاد العربية وهى تضطلع ببحوث تخدم الإرشاد التربوى ولو بطريق غير مباشر أو فى شكل جهود محدودة. ومن أمثلتها: المركز القومى للبحوث التربوية فى مصر(١)، ومركز البحوث التربوية بكلية التربية جامعة أم القرى بالمملكة العربية السعودية(٢)، ومركز البحث والتطوير التربوى بجامعة اليرموك بالأردن، والمركز العربى لبحوث التعليم العالى بدمشق بسوريا... وغيرها. والباحثون فى مجال التوجيه والإرشاد التربوى يجدون بعض المصاعب لقلة الدوريات والمجلات العلمية المتخصصة فى التوجيه والإرشاد التربوى والتى يجب توافر بانتظام(٣).

ومعروف أن البحوث فى الإرشاد النفسى تعتبر من أهم ما يقوم عليه إرشاد مناسب ومفيد، خاصة عندما تتضافر الجهود البحثية على المستوى الفردى والجماعى، وفى الجامعات ومراكز البحوث.

ونأمل أن تنشأ شعب متخصصة للإرشاد النفسى فى الجامعات العربية تضطلع بالبحث العلمى الهادف المنظم فى الإرشاد. ونود أن تنتشر مراكز البحوث التربوية والنفسية فى كل أنحاء الوطن العربى وأن تجرى البحوث المتخصصة فى الإرشاد النفسى، وأن تقوم بالدراسات المسحية الميدانية، وأن تعد الاختبارات والمقاييس المقننة للاستخدام فى مجال الإرشاد التربوى. ونطمع فى دفع البحوث العلمية المحلية والعربية المبتكرة والمطلوبة فى مجال الإرشاد التربوى فى إطار نظريات علمية متطورة. ونرجو زيادة الانفتاح والاتصال والتفاعل بين دول العالم العربى من ناحية وبينها وبين دول العالم من ناحية أخرى فى مجال الإرشاد التربوى بحيث يزداد تبادل

---

(١) يشترك الباحث الحالى فى الإشراف على بعض البحوث التى يجريها هذا المركز.

(٢) اشترك الباحث الحالى فى إعداد بعض البحوث التى أجراها هذا المركز.

(٣) من أمثلة الدوريات والمجلات العلمية المتخصصة فى الإرشاد التربوى:

- Elementary School Guidance and Counseling.
- Journal of College Student Personnel.
- School Counselor.
- Techniques: A Journal for Remedial Education and Counseling.

والباحث الحالى محرر استشارى لهذه المجلة الأخيرة.

البحوث وتبادل العلماء والمتخصصين فى شكل إعارات وزيارات. وحبذا لو تم إصدار مجلة عربية للتوجيه والإرشاد النفسى. ومطلوب مستقبلا الاهتمام بالبحوث العلمية ذات الوجهة العملية التطبيقية فى الميدان، وإجراء الدراسات المسحية للمشكلات التربوية والدراسية، وإعداد وسائل الإرشاد التربوى. ونتمنى أن تجرى البحوث فى إطار استخدام أساليب الإرشاد المناسبة مثل الإرشاد خلال العملية التربوية، والإرشاد المختصر Microcounselling .

الاستفادة من نتائج البحوث وتوصياتها:

- السؤال: هل تتم الاستفادة بنتائج البحوث والعمل بتوصياتها؟
- الإجابات: نعم (١٠٪)، أحيانا (٥٠٪)، لا (٤٠٪).

توضح هذه الإجابات أن الاستفادة بنتائج البحوث فى الإرشاد التربوى تتم ولكن ليس بصورة كاملة حيث يستفاد منها أحيانا فقط، ولا يستفاد منها فى نسبة كبيرة من الحالات، وتقف عند حد التنظير، ولا تجد تطبيقا عمليا فى التربية والتعليم، بل أن أغلبها يوضع على الرفوف. وتعقد فى معظم أنحاء الوطن العربى مؤتمرات علمية تربوية ونفسية كثيرة وتقدم فيها البحوث، وتنتهى آثارها عند آخر جلسة حيث تصدر التوصيات التى لا يتم متابعتها أو الاستفادة منها أو تنفيذها ميدانيا. ويشعر الباحثون وكأنهم «يؤذنون فى مالطة» وأن المؤتمرات كالموالد عندما تفض تصبح الأمور وكأن شيئا لم يكن.

ومعروف لدى العاملين فى الميدان أن الاستفادة بنتائج البحوث العلمية المتنوعة المتصلة بالمجتمع بعامة والمجتمع المدرسى بخاصة أمر ضرورى حتى لا يهدر الوقت والجهد والمال.

ونأمل، والوطن العربى فى أمس الحاجة إلى الاستفادة من نتائج البحوث العلمية وهو يطور التعليم وينهض به، ونرجو أن يتم جمع وتصنيف البحوث العلمية التى تمت فى جميع أنحاء الوطن العربى وأن نعمل على تطبيقها ميدانيا والاستفادة منها عمليا.

الخلاصة:

من كل ما سبق، وفى ضوء إجابات الأساتذة عن السؤالين المفتوحين عن شكل الإرشاد التربوى فى الحاضر، ومقترحاتهم بالنسبة للإرشاد التربوى فى المستقبل يمكن تقرير خلاصة البحث الحالى على النحو التالى فى جدول «٣»:

جدول (٣) حاضر الإرشاد التربوى ومستقبله

الحاضر	المستقبل
ـ برامج الإرشاد النفسى ـ كبرامج مخططة منظمة ـ قليلة الوجود فى الوطن العربى، وفى بعض الجامعات فقط.	ـ إعداد وتعميم برامج الإرشاد النفسى من الحضانة إلى الجامعة.
ـ برامج الإرشاد التربوى موجودة فى بعض البلاد العربية ـ خاصة فى الجامعات باسم برامج الإرشاد الأكاديمى فى ظل نظام الساعات المعتمدة، أما فى المدارس فهى قليلة أحيانا ومعدومة أحيانا أخرى.	ـ العمل على تواجد برامج الإرشاد التربوى فى المؤسسات التربوية جميعها فى كل مراحل التعليم.
ـ مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى واضح بدرجة متوسطة لدى العاملين فى حقل التربية والتعليم.	ـ العمل على وضوح مفهوم التوجيه والإرشاد التربوى لدى العاملين فى حقل التربية والتعليم، ولدى الطلاب، ونشر الثقافة التربوية والنفسية والخاصة بالتوجيه والإرشاد النفسى والتربوى فى المجتمع.
ـ وسائل الإرشاد مثل الاختبارات والمقاييس متوافرة فى كثير من الأحيان، ولكن على المستوى الأكاديمى فقط، وتعانى بعض الدول العربية من نقص هذه الوسائل.	ـ الاهتمام العلمى بوسائل الإرشاد واستخدامها ميدانيا فى حقل التربية والتعليم.
ـ الاختبارات والمقاييس المحلية المنشأة والمعدة والمقننة فى البلاد العربية موجودة، ولكن ليس بالقدر الكافى وليس فى كل البلاد.	ـ إنشاء وإعداد وتعريب وتقنين عدد متنوع متكامل من الاختبارات والمقاييس فى البيئة العربية فى إطار مؤسسة عربية للاختبارات والمقاييس.
ـ السجلات والبطاقات المدرسية هى أوسع وسائل الإرشاد انتشارا وتواجدا بمدارسنا، ولكنها فى بعض الأحيان تكون شكلية.	ـ الاهتمام بالسجلات والبطاقات المدرسية وبعوامل نجاحها واستخدام بياناتها بكفاءة.

- يتم إعداد المرشدين النفسيين والتربويين فى بعض البلاد العربية وليس جميعها فى أقسام علم النفس على المستوى الأكاديمى، ولكن بعضهم لا يعملون كمرشدين فى المدارس، ولا يوجد تمهين للإرشاد النفس بعامة والإرشاد التربوى بخاصة.	- الاهتمام بإعداد وتدريب المرشدين النفسيين والتربويين، وتمهين الإرشاد النفسى بحيث يكون مهنة معترفا بها فى المجتمع بعامة وفى التربية والتعليم بخاصة.
- وجود المرشدين النفسيين فى المدارس قليل بل ونادر، وعدم وجودهم كثير ومفزع.	- إعداد المرشد النفسى المدرسى، بحيث يتواجد بكل مدرسة ليقوم بدوره الإرشادى.
- وجود الأخصائيين النفسيين فى المدارس قليل بل ونادر، وعدم وجودهم كثير وهو القاعدة.	- الاهتمام بإعداد وبتخريج أخصائيين نفسيين مدرسيين وتعيينهم بكل مدرسة وفى كل مراحل التعليم.
- يقوم المدرسون بدورهم الإرشادى بدرجة متوسطة، وليسوا جميعا، وبطريقة الإرشاد العرضى غير المخطط الذى ليس له برنامج.	- إلزام جميع المدرسين بالقيام بدورهم الإرشادى ولو بطريقة الإرشاد خلال العملية التربوية، فى إطار برامج مخططة.
- يقوم معظم الأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين بدورهم الإرشادى، متمثلا فى حل مشكلات الطلاب، ولكن بعضهم لا يقومون بدورهم الإرشادى بل ربما لا يقومون أصلا بعملهم وتخصصهم فى التربية الاجتماعية.	- تدريب الأخصائيين الاجتماعيين المدرسيين على التوجيه والإرشاد ليقوموا بدورهم الإرشادى بالمدرسة.
- يوجد قليل من مراكز الإرشاد النفسى والتربوى، ومعظمها يتبع الجامعات.	- إنشاء المزيد من مراكز الإرشاد النفسى والتربوى بحيث تصبح مراكز دراسة وخدمات.
- العيادات النفسية الموجودة فى الوطن العربى محدودة العدد وغير كافية، ويمارس فى معظمها الارشاد النفسى والتربوى حين لا تتوافر مراكز الإرشاد.	- إنشاء المزيد من العيادات النفسية الشاملة، والعيادات النفسية المتخصصة للأطفال والشباب.

ـ يمارس الإرشاد التربوى بنسبة متوسطة، ومعظمه فى الجامعات فى ظل نظام الساعات المعتمدة فى بعض البلاد العربية، وما زالت ممارسة الإرشاد التربوى المنظم قاصرة فى المدارس فى معظم الدول العربية.	ـ إعداد المرشدين التربويين المتخصصين، وتعيينهم فى المدارس ليقوموا بدورهم الإرشادى مع باقى أعضاء فريق الإرشاد فى المدرسة.
ـ الإرشاد المهنى لا يلقى ما يستحق من اهتمام، وممارسته قاصرة على التدريب المهنى فى معظم الأحوال وأقل من المستوى المطلوب مما يؤدي إلى انخفاض إنتاجية الإنسان العربى.	ـ الاهتمام بتيسير خدمات الإرشاد المهنى، خاصة التربية المهنية وتحليل العامل وتحليل العمل والاختيار والتأهيل المهنى.
ـ يلقى إرشاد الفئات الخاصة اهتماما متوسطا فى الوطن العربى فى إطار المدارس الخاصة، ويبقى بعض الفئات لا يلقون ما يحتاجون إليه من توجيه وإرشاد حيث أن بعض الدول ليس بها خدمات محلية بل تعتمد على خدمات مركزية.	ـ الاهتمام بتقديم الخدمات الإرشادية الخاصة لكل فئة من الفئات الخاصة على يد المرشدين المتخصصين فى كل مجال.
ـ تجرى البحوث العلمية المتعلقة بالإرشاد التربوى بنسبة لا بأس بها ولكنها أحيانا تكون متناثرة وغير مباشرة، ومعظمها على مستوى الماجستير وقليل منها على مستوى الدكتوراه وأقلها على مستوى ما بعد الدكتوراه، وفى معظم البلاد نجدها معدومة.	ـ الاهتمام بالبحوث العلمية فى الإرشاد التربوى فى الجامعات ومراكز البحوث التربوية والنفسية.
ـ تتم الاستفادة من نتائج البحوث فى الإرشاد التربوى، ولكن ليست بصورة كاملة، ولا يستفاد منها فى نسبة كبيرة من الحالات.	ـ العمل على جمع وتصنيف البحوث العلمية فى جميع أنحاء الوطن العربى وتطبيق نتائجها والاستفادة منها عمليا فى الميدان.

خاتمة:

فى الختام، يود الباحث أن يشير إلى أننا لسنا بحاجة إلى تقرير توصيات مفصلة كخاتمة للبحث الحالى، فنصف البحث وقائع، ونصفه توصيات، وضعت فى أماكنها. والمهم هو أن نجمل فى عبارات موجزة أهم ما تبلور فى البحث من أفكار.

وواقع الإرشاد التربوى وحاضرة فى الوطن العربى فى جملته ليس على ما يرام، وليس كما ينبغى، به بعض الإيجابيات وبعض السلبيات، وعلى أحسن الأحوال فحاله «نصف نصف». فقد كان متوسط إجابات «نعم» (٢٤٪)، ومتوسط إجابات «أحيانا» (٢٦٪)، ومتوسط إجابات «لا» (٥٠٪).

ليتنا نجمع كلمتنا على تحقيق طفرة تربوية سريعة فى وطننا العربى، تتصل بماضينا التربوى لنفيد منه، وتركز على حاضرنا التربوى لتحسينه وإثرائه، ونتطلع إلى مستقبلنا التربوى لتحقيق آمالنا فيه، على طريق الإرشاد التربوى. ولعل مستقبل الإرشاد التربوى فى الوطن العربى يكون أفضل من حاضره إن شاء الله.

وأخيرا - وليس آخرا - لعل فى هذا البحث ما يدعو إلى عقد مؤتمر عربى للإرشاد التربوى.

والله الموفق،،،

المراجــع

إبراهيم العمار (١٩٧٢). مشكلات طلاب وطالبات المرحلة الاعـدادية وحاجاتهم الإرشادية. رسالة ماجستير. كلية التربية، الجامعة الأردنية.

أحمد رفعت جبر (١٩٧٤). دراسة تجريبية مقارنـة بين أسلوب الإرشاد النفسى عن طريق القراءة والمناقشة الجماعية. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.

أحمد رفعت جبر (١٩٧٨). دراسة تجريبية مقارنة بين أثر إرشاد الآباء وأثر إرشاد الأبناء على تخفيف القلق لدى المراهقين. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

استليا جرجس عبد الملك (١٩٧٣). مدى صلاحية اختبار استانفورد للاستعداد العلمى لاختيار الطلبة لكلية الهندسة. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة عين شمس.

المركز القومى للبحوث التربوية (مصر) (١٩٨٢). الرسائل الجامعية التربوية: دليل وتعريف. المجلد الأول (١٩٧١ ـ ١٩٧٥).

المركز القومى للبحوث التربوية (مصر) (١٩٨٣). الرسائل الجامعية التربوية: دليل وتعريف. المجلد الثانى (١٩٧٦ ـ ١٩٧٧).

أنور طاهر رضا (١٩٧٤). دراسة تجريبية فى تأثير الإرشاد على التحصيل المدرسى فى الصف السادس الابتدائى. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة بغداد.

باتيرسون، س. هـ. (ترجمة) حامد الفقى (١٩٨١). نظريات الإرشاد والعلاج النفسى. الكويت: دار القلم.

تركى رابح (١٩٨٣). أضواء على سياسة تعريب التعليم والإدارة والمحيط الاجتماعى فى الجزائر. مجلة المستقبل العربى. بيروت : ـ عدد ٥٧.

تيسير منيزل مرعى (١٩٨٠). الأنماط الشخصية والاجتماعية التكيفية لدى طلاب المرحلة الثانوية الذين يبحثون عن الخدمات الارشادية وأولئك الذين لا يبحثون عن هذه الخدمات فى المدارس الثانوية الحكومية فى الأردن: رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة اليرموك.

جامعة اليرموك (١٩٨٢). ملخصات رسائل الماجستير فى التربية. المجلد الأول (١٩٧١ ـ ١٩٧٩). مركز البحث والتطوير التربوى.

جامعة اليرموك (١٩٨٣). ملخصات رسائل الماجستير فى التربية. المجلد الثانى (١٩٧٩ ـ ١٩٨٢). مركز البحث والتطوير التربوى.

جيرالد كورى (ترجمة) طالب الخفاجى (١٩٨٥). الإرشاد والعلاج النفسى بين النظرية والتطبيق. مكة المكرمة: المكتبة الفيصلية.

حامد العبد ولطفى فطيم (١٩٨٤). التحديات التى تواجه الإرشاد النفسى فى الخليج العربى: دراسة ميدانية. حلقة الإرشاد النفسى بكلية التربية جامعة الكويت: (مارس ١٩٨٤).

حامد زاهران (١٩٧٦). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

حامد زهران (١٩٧٧). مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج: دراسة إكلينيكية. الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس. الكتاب الرابع ـ ص٣ ـ ٨٥. القاهرة: دار الثقافة للطباعة والنشرط.

حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.

حامد زهران (١٩٨٠أ). العلاج النفسى التربوى للأطفال. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس. العدد ٣ (عدد خاص بندوة تربية الطفل) ص ١٦٧ ـ ١٩٤.

حامد زهران (١٩٨١). الإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى. مؤتمر التعليم الأساسى بين النظرية والتطبيق. جامعة حلوان. القاهرة: أبريل ١٩٨١. ص ٤٠٧ ـ ٤١٧.

حامد زهران (١٩٨٣). الصحة النفسية للشباب. فى كتاب أسس التدريس الجامعى. إعداد سيد خير الله ومحمد عبدالغفار. (ط٤) مطبعة جامعة القاهرة: ص ٢٣٥ ـ ٢٥٦.

حامد زهران (١٩٨٤). الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى. مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى. جامعة الاسكندرية: أغسطس ١٩٨٤.

حامد زهران (١٩٨٥). دور الإرشاد النفسى المنبثق من الشريعة الإسلامية فى معالجة مشكلات الشباب العربى المعاصر. الحلقة العلمية السادسة وموضوعها: مشكلات الشباب فى المجتمع العربى المعاصر. المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض: نوفمبر ١٩٨٥.

حامد زهران (١٩٨٦). التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية. المؤتمر الأول للتوجيه المهنى فى مصر. وزارة القوى العاملة والتدريب. القاهرة: ديسمبر ١٩٨٦.

حامد زهران وفتحى عبدالرحيم (١٩٧١). اختبار ذكاء المكفوفين وضعاف البصر. القاهرة: المركز النموذجى لرعاية وتوجيه المكفوفين.

حامد زهران وفوزى إلياس (١٩٨٧). الأخصائيون النفسيون بوزارة التربية والتعليم. المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر: القاهرة: يناير ١٩٨٧.

خالد العمرى (١٩٨٤). الإرشاد الأكاديمى فى إطار نظام الساعات المعتمدة. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص ٦٧.

ذوقان عبيدات (١٩٧١). اتجاهات معلمى ومعلمات المرحلة الإلزامية نحو التوجيه التربوى فى الأردن.: رسالة ماجستير. كلية التربية الجامعة الأردنية.

رأفت غنيمى الشيخ (١٩٧٢). تطور التعليم فى ليبيا فى العصور الحديثة. طرابلس: دار التنمية للنشر والتوزيع.

سعدى أبو صايمة (١٩٨٤). نماذج من الإرشاد الأكاديمى فى نظام الساعات المعتمدة. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص ١٢١.

سعيد إسماعيل على (١٩٨٧). الفكر التربوى العربى الحديث. الكويت: عالم المعرفة.

سليمان الريحانى وصالح الخطيب (١٩٨٥). سمات الشخصية المميزة للمرشدين الفعالين وغير الفعالين. مجلة العلوم الاجتماعية. مجلد ١٣. عدد ٤. ص ٤٠١ ـ ٤٢٣.

سليمان الريحانى ونزيه حمدى (١٩٨٤). نموذج مقترح للإرشاد الأكاديمى فى نظام الساعات المعتمدة. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص ١٠٥ ـ ١٢٠.

سيد صبحى (١٩٨٧). ابن جماعة والمعلم المرشد: نموذج للإرشاد النفسى الإسلامى. المؤتمر العالمى الخامس للتربية الإسلامية. القاهرة: مارس ١٩٨٧.

سيد عبدالحميد مرسى (١٩٧٤). دور المعلم فى التوجيه والإرشاد بالمدرسة الثانوية. المؤتمر الأول لإعداد المعلم فى المملكة العربية السعودية. مكة المكرمة : مارس ١٩٧٤. ص ٩٦ ـ ١١٩.

سيد عبدالحميد مرسى (١٩٧٦). الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى والمهنى. القاهرة: مكتبة الخانجى.

شاكر عبد جاسم (١٩٧٨). دراسة تجريبية فى تأثير الإرشاد على بعض المظاهر السلوكية غير المقبولة اجتماعيا لدى طلاب الصف الثالث المتوسط. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة بغداد.

ضرار جرادات (١٩٨٤). الخطط الدراسية والإرشاد الأكاديمى. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص ٧٥.

عايدة عبد الحميد محمد (١٩٧٢). الرسوم العشوائية لعينة منتخبة من الأحداث فى سن التاسعة وصلتها بسلوكهم الاجتماعى وتوجيههم التربوى. رسالة ماجستير. المعهد العالى للتربية الفنية. وزارة التعليم العالى.

عبد القادر رياعى (١٩٨٤). الإرشاد الأكاديمى والتسجيل: مشكلات وحلول. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص ٨٧.

عبد المجيد نشواتى وشاهر الحسن (١٩٨٤). مشكلات الإرشاد الأكاديمى فى جامعة اليرموك. منشورات المركز العربى لبحوث التعليم العالى. دمشق: ص٩٧.

عطية هنا (١٩٥٩). التوجيه التربوى والمهنى. القاهرة: دار النهضة العربية.

فتحى الزيات (١٩٧٧). إعداد بطارية لقياس القدرات العقلية اللازمة للنجاح فى الدراسة بكليات الطب: دراسة ميدانية. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة المنصورة.

لطفى بركات أحمد ومحمد مصطفى زيدان (١٩٦٨). التوجيه التربوى والإرشاد النفسى فى المدرسة العربية: دراسة ميدانية لرعاية المتفوقين. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

محمد الهادى عفيفى (١٩٧٢). فلسفة إعداد المعلم فى مجتمع عربى جديد. مؤتمر إعداد وتدريب المعلم العربى. جامعة الدول العربية. القاهرة: يناير ١٩٧٢ . ص ١٠٥ ـ ١٣١.

محمد خليفة بركات (١٩٨٧). التجريب التربوى فى مصر بين الماضى والحاضر والمستقبل. مؤتمر نحو مشروع حضارى تربوى لمصر. رابطة التربية الحديثة. القاهرة: أبريل ١٩٨٧. ص ٤٣٧ ـ ٤٦٣.

محمد خير ماسر (١٩٧١). مشكلات الشباب الجامعى فى الأردن: وحاجاتهم الإرشادية. رسالة ماجستير. كلية التربية، الجامعة الأردنية.

محمد رفقى عيسى (١٩٨٤). توضيح القيم أم تصحيح القيم؟ نحو استراتيجية جديدة فى الإرشاد النفسى. المجلة التربوية. كلية التربية جامعة الكويت: مجلد ١ . عدد ٣. ص ٤٣ ـ ٧٣.

محمود عبد الله صالح (١٩٨٥). أساسيات فى الإرشاد النفسى. الرياض: دار المريخ.

مسارع الراوى (١٩٧٤). نحو استراتيجية جديدة للتعليم فى العراق: القاهرة: مطبقة التقدم.

مصطفى الشرقاوى (١٩٧٣). دراسة لأنماط القدرات اللازمة للتكيف والنجاح فى التدريب على بعض المجموعات المهنية وتطبيقاتها فى مجال التربية والتوجيه المهنى. رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

منيرة حلمى (١٩٦٥). مشكلات الفتاة المراهقة وحاجاتها الإرشادية. القاهرة: دار النهضة العربية.

وزارة التربية والتعليم (مصر) (١٩٨٠). تطوير وتحديث التعليم فى مصر: سياسته وخططه وبرامج تحققه. القاهرة: مطبعة وزارة التربية والتعليم.

وزارة التربية والتعليم (مصر) (١٩٨٥). تقرير اللجنة الدائمة لتطوير التربية الاجتماعية.

وزارة القوى العاملة والتدريب (مصر) (١٩٨٦). المؤتمر الأول للتوجيه المهنى المنعقد بالقاهرة: ديسمبر ١٩٨٦. القاهرة: مؤسسة فريدريش ايبرت.

وسيمة رجب (١٩٧٧). مدى تقبل طلبة المرحلة الثانوية فى الأردن: لعملية الإرشاد ولدور المرشد. رسالة ماجستير. كلية التربية ، الجامعة الأردنية.

يسرى رزق مرقص (١٩٨٥). داسة مقارنة لنظم التوجيه التعليمى لتلاميذ المرحلة الإعدادية والثانوية فى جمهورية مصر العربية والولايات المتحدة الأمريكية والاتحاد السوفيتى: رسالة دكتوراه. كلية التربية جامعة عين شمس.

يوسف القاضى، لطفى فطيم، محمود عطا (١٩٨١). الإرشاد النفسى والتوجيه التربوى. الرياض: دار المريخ.

يوسف مناصرة (١٩٧٥). مشكلات التوجيه التربوى فى المرحلة الإلزامية فى الأردن: رسالة ماجستير. كلية التربية ، الجامعة الأردنية.

Allen, J.W. (1971). The influence of teaching experience upon school counselors. Dissertation Abstracts International, 31 (7B), 4304.

Besalel,V.A. and Azrin, N.H. (1981). The reduction of parent-youth problems by reciprocity counseling. Behavior Research & Therapy, 19, 297-301.

Boyd, J.D. (1972). The construction of a microcounselig training model and the assessment of its effectiveness in teaching a cognitively flexible set of variable response behaviors to neophyte counselors. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 3681.

Carr, P.M. (1972). The application of micro-counseling and instructional supervision in the training of teachers in counselor verbal response skill. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 3832-3833.

El-Gawhary, Farah H. (1969). A study of the personal problems of United Arab Republic high school adolescents with implications for the gradual establishment of a guidance program. Dissertation Abstracts International, 30 (3A), 985-986.

Gose, R.L. (1972). A study of counselor roles in the curriculum development process. Dissertation Abstracts International, 32 (8A), 4347-4348.

Holden, A. (1971). Counselling in Secondary Schools. London: Constable.

Ivey, A.G. and Authier, J. (1978). Microcounseling (2nd Ed.). Springfield:Illinois, Thomas.

Jackson, R. and Juniper, D.F. (1971). A Manual of Educational Guidance. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Jeffress, C.A. (1972). A description of techniques and materials used in the training of learning counselors. Dissertation Abstracts International, 32 (8A), 4375-4376.

Kerrebroch, R.A. (1971). Application of the micro-counseling method using Vidio-tape recording to the training of teachers in basic counseling techniques. Dissertation Abstracts International, 31 (2A), 740.

Moracco, J.C. (1978). Implementing self-concept in vocational choice in the Arab middle east. Journal of Vocational Behavior, 13, 204- 209.

Nelson, R.C. (1972). Guidance and Counseling in the Elementary School. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Pietrofesa, J.J., Hoffman, A., Splete,H., & Pinto, D. (1980). Guidanc: An Introduction. Chicago: David McNally.

Shaw, M.C. & Tuel, J.k. (1966). A focus for public school guidance programs: A model and proposal. Personnel & Guidance Journal, 44, 824-830.

Shertzer, B. and Stone, S.c. (1976). Fundamentals of Guidance (3rd Ed.). Boston: Houghton Mifflin.

Tan, Hasan (1967). Intercultural study of counseling expectancies. Journal of Counseling Psychology, 14, 122-130.

Taylor, H.J.F. (1971). School Counselling. London: Macmillan.

Thomas, J.B. (1975). The concept of self in teaching. New Era, 56,86-89.

Thompson, C.L. & Rudolph, L.B. (1983). Counseling Children. Montery, California: Brooks / Cole.

Vaughan, T. (1975). Education and the Aims of Counselling: An Europian Perspective. Oxford: Basil Blackwell.

[١٢] المعلم ـ المرشد ودوره فى الإرشاد النفسى(*)

مقدمة:

تهدف هذه الورقة إلى بيان دور «المعلم ـ المرشد» كأحد أفراد «فريق الإرشاد النفسى» الذى يجب تواجده فى مدارسنا اليوم قبل الغد، كخطوة ضرورية على طريق إصلاح وتطوير وتحديث التعليم.

وتتناول الورقة:

* مقدمة عن: الإرشاد النفسى، أسسه، ومفاهيمه الأساسية، وبيان الحاجة إلى الإرشاد النفسى فى مدارسنا.

* المعلم ـ المرشد، أحد المسئولين عن الإرشاد النفسى، ودوره الإرشادى.

* معارف أساسية يجب أن يحيط بها المعلم ـ المرشد: المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى، مجالات الإرشاد النفسى.

* مهارات يجب توافرها لدى المعلم ـ المرشد: وسائل جمع المعلومات، عملية الإرشاد النفسى، طرق الإرشاد النفسى، برنامج الإرشاد النفسى فى المدرسة.

وفى مقدمة هذه الورقة، أذكر بعض الملاحظات حول الإرشاد النفسى فى مدارسنا، والذى يكاد يكون خدمة غائبة، تبذل وزارة التربية والتعليم بعض الجهود فى سبيل تحقيقها.

الإرشاد النفسى، والحاجة إليه فى مدارسنا:

نعرف جميعا أن الإرشاد النفسى عملية بناءة، تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته، ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته، وينمى إمكاناته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته، ورغبته وتدريبه، لكى يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا.

ونعرف جميعا أن الإرشاد النفسى علم يقوم على أسس عامة وفلسفية ونفسية وتربوية واجتماعية، نذكر منها ما يلى:

(*) ندوة اتحاد المعلمين العرب «استراتيجية التعليم فى الوطن العربى فى ضوء تحديات القرن الحادى والعشرين. القاهرة (ديسمبر ١٩٩٤). ص٢٦٣ ـ ٢٨١.

* مرونة السلوك الإنسانى، وقابليته للتعديل والتغيير.
* استعداد الفرد للتوجيه والإرشاد باعتباره حاجة أساسية لديه.
* حق الفرد فى التوجيه والإرشاد (لكل فرد ولكل الفرد).
* حق الفرد فى تقرير مصيره (وليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه).
* استمرار عملية الإرشاد، من الطفولة إلى الكهولة.
* مراعاة أخلاقيات المهنة، مثل: العلم والخبرة والترخيص وسرية المعلومات والعلاقات المهنية والعمل المخلص كفريق واحترام اختصاص الزملاء والاستشارة المتبادلة ومراعاة كرامة المهنة.
* وجود فروق فردية، وفروق بين الجنسين (يجب مراعاتها).
* وجود مطالب نمو (يجب تحقيقها).
* الاهتمام بالفرد كعضو فى جماعة، يعيش فى مجال اجتماعى ويتأثر بالثقافة الاجتماعية.
* الاستفادة من كل مصادر المجتمع.

ومن المفاهيم الأساسية المعروفة فى الإرشاد النفسى ما يلى:

- الإرشاد النفسى خدمات أو عملية تقدم إلى العاديين، وإلى أقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء.
- الإرشاد النفسى يتناول جميع جوانب شخصية الفرد ككل، جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا.
- الإرشاد النفسى يتناول جميع مجالات حياة الفرد ككل، شخصيا وتربويا ومهنيا وزواجيا وأسريا.
- الإرشاد النفسى عملية يشجع فيها المرشد عميله المسترشد، ويوقظ عنده الدافع والقدرة على أن يعمل شيئا لنفسه وبنفسه.
- الإرشاد النفسى خدمات يقدمها فريق من الأخصائيين مثل: المرشد النفسى، والمعالج النفسى، والمدرس ـ المرشد، والإخصائى الاجتماعى.
- الإرشاد النفسى يجب أن يكون جزءا لا يتجزأ من البرنامج العام للمدرسة.
- الإرشاد النفسى تخصص لابد أن يقوم به الأخصائيون المؤهلون علميا وعمليا.

ولا يختلف اثنان على أننا نحتاج إلى الإرشاد النفسى فى مدارسنا، فالتلاميذ خلال مراحل نموهم المتتالية يمرون بمشكلات فى حياتهم اليومية، وفترات حرجة يحتاجون فيها إلى الإرشاد.

ولقد حدث تغيير اجتماعى ملحوظ، وتقدم علمى وتكنولوجى كبير، وتطور فى التعليم ومناهجه، وزيادة فى إعداد الطلاب فى المدارس، وتغيرات فى العمل والمهنة، وهذا كله يؤكد الحاجة الماسة إلى الإشاد النفسى.

ومن المعروف أن حركة التوجيه والإرشاد بدأت مع أوائل القرن العشرين حين شدت مشكلة التأخر الدراسى والضعف العقلى انتباه علماء النفس مثل ألفريد بينيه Binet فى فرنسا سنة ١٩٠٥ حين بدأ تعليم وتوجيه وإرشاد المتأخرين دراسيا، وضعاف العقول، وتلى بداية التوجيه والإرشاد التربوى ما سمى حركة التوجيه والإرشاد المهنى والإرشاد العلاجى وانتشرت مراكز وعيادات الإرشاد النفسى، ودخل الإرشاد النفسى بكافة مجالاته المدارس فى كثير من دول العالم، وأصبح له الكثير من المجلات العلمية الدورية مثل مجلة Elementary School Guidance & Counseling ومجلة School Counselor وغيرها.

وعلى الرغم من هذا فما زال الإرشاد النفسى ليس له مكان فى مدارسنا.

وفى بحث عن الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى (حامد زهران، ١٩٨٤) وجد أن غياب الإرشاد التربوى والمهنى يعتبر من أكبر أسباب انخفاض إنتاجية الإنسان المصرى عن المعدل المأمول، وكان أهم اقتراح لرفع إنتاجية الإنسان المصرى (فى ميدان علم النفس) هو «الإرشاد النفسى» بصفة عامة و «الإرشاد المهنى» بصفة خاصة.

وفى دراسة عن «الإرشاد النفسى المنبثق من الشريعة الإسلامية فى معالجة مشكلات الشباب العربى المعاصر (حامد زهران، ١٩٨٥) كانت الدعوة إلى ضرورة أن تحدد مشكلات الشباب على أساس دراسات مسحية ميدانية شاملة، وأن يتم بحث أسباب هذه المشكلات ومظاهرها، والعوامل المؤثرة فيها فى الحياة اليومية بهدف ضبطها وحلها، مع تأكيد أهمية تحديد دور المؤسسات التربوية والدينية والأمنية ووسائل الإعلام ومؤسسات ومراكز الرعاية والتوجيه والإرشاد النفسى.

وفى بحث عن التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية (حامد زهران، ١٩٨٦)، وجد أنه من الناحية النظرية لدينا العلماء والمتخصصون، ومجالهم فى معظمه أكاديمى نظرى، وهم يعلمون ويدرسون أهم الأطر النظرية التى تساعد المرشدين (إن وجدوا) فى تخطيط الأنشطة للإرشاد النفسى، ولوحظ غياب أو على الأقل قصور الإرشاد النفسى فى نظامنا التعليمى ابتداء من التعليم الأساسى مما يوجب تواجده، ولوحظ كذلك غياب برامج الإرشاد النفسى فى المؤسسات التربوية، مما يوجب ضرورة الاهتمام بها.

ومما يزيد تأكيد الحاجة إلى الإرشاد النفسى فى مدارسنا ما أكدته الدراسات والبحوث عن دور الإرشاد التربوى فى تحقيق أهداف العملية التربوية، وتحقيق النمو الشامل لشخصية الطالب (سهام أبو عيطة، وبتول الرفاعى، ١٩٨٦).

ولقد قام الباحث (حامد زهران، ١٩٨٧) بدراسة الإرشاد التربوى فى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل، وأظهر البحث أن الإرشاد التربوى فى عالمنا العربى قاصر ويسعى ببطء لكى يأخذ مكانه فى نظامنا التعليمى فى بعض الدول العربية وليس كلها. وكانت خلاصة البحث أن واقع الإرشاد التربوى وحاضره بإيجابياته وسلبياته فى الوطن العربى ليس على ما يرام، وليس كما ينبغى، مما يدعو إلى ضرورة جمع الكلمة على تحقيق طفرة تربوية سريعة، لعل مستقبل الإرشاد التربوى فى الوطن العربى يكون أفضل من حاضره إن شاء الله.

جهود وزارة التربية والتعليم:

تحاول وزارة التربية والتعليم فى مصر ـ فى إطار تطوير التعليم وتحديثه، أن تتواجد الخدمات النفسية فى مدارسنا، ومنها الإرشاد النفسى.

وجاء قرار تعيين الأخصائيين النفسيين للعمل بالمدارس إلى جانب زملائهم الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والمعلمين، ونرجو أن يتم ذلك فى جميع مدارس الجمهورية والتى يصل عددها إلى حوالى ٢٥٠٠٠ مدرسة.

ويلاحظ أن عدم وجود مرشدين نفسيين بمدارسنا ـ حتى الآن ـ يعتبر سلبية لا ينبغى لها أن تستمر. ويرجى النظر فى إنشاء هذه الوظيفة وتعيين المختصين بها فى جميع مدارسنا، وإلى أن يتم ذلك، يجب تدريب الأخصائيين النفسيين الذين تم والذين يتم تعيينهم على القيام بعملية الإرشاد النفسى فى المدارس إلى جانب زملائهم المعلمين ـ المرشدين.

ولقد سبق لوزارة التربية والتعليم على مدى ما يقرب من عشر سنوات فى عقد الثمانينيات، إجراء دورات تدريب مكثفة فى الإرشاد لإعداد الأخصائيين الاجتماعيين، وموجهى التربية الاجتماعية ورؤساء الأقسام بمكاتب الخدمة الاجتماعية المدرسية، بالتعاون مع كلية التربية جامعة عين شمس، وبناء على اقتراح الباحث كعضو فى اللجنة الدائمة لتطوير التربية الاجتماعية. وتم إنشاء مراكز التوجيه الاجتماعى والنفسى فى الإدارات التعليمية، ويعمل بها من اجتاز دورات الإرشاد النفسى، وبعض الحاصلين على الدبلوم المهنية فى الإرشاد النفسى من كليات التربية. ويقوم الأخصائيون الاجتماعيون بتقديم بعض خدمات الإرشاد النفسى فى المدارس فى إطار تخصصهم كأخصائيين اجتماعيين، إلى أن يتم تعيين الأخصائيين النفسيين والمرشدين النفسيين

المتخصصين، وإلى أن يتم ذلك وجب على المعلم أن يقوم بدوره الإرشادى، أى أن يكون معلما ـ مرشدا. والمعلم ـ المرشد هو الدور الأمثل الذى يملأ الفجوة الحالية فى مدارسنا. ويلاحظ أن المعلم (التربوى) الذى يعد فى كليات التربية يعد لهذا الدور من خلال ما يقدم إليه من مقررات نفسية، إلا أن ممارسته لدوره الإرشادى فى المدارس محدودة إن لم تكن معدومة.

المعلم ـ المرشد أحد المسئولين عن الإرشاد النفسى:

المعلم ـ المرشد Teacher - Counsellor هو أحد المسئولين فى «فريق الإرشاد» الذى يضم المدير، والمرشد، والمعالج النفسى، والأخصائى النفسى، والطبيب، والأخصائى الاجتماعى، وحتى الوالدين والمسترشد نفسه.

ومعروف أنه إذا لم يتوافر هؤلاء المسئولين، فإن المرشد النفسى يقوم بدور «الممارس العام» الذى يؤدى معظم الأدوار الإرشادية. وإذا لم يوجد المرشد النفسى (المتخصص)، يقوم الأخصائى النفسى بدوره، وإذا لم يوجد الأخصائى النفسى، يقوم المعلم ـ المرشد بالدور الإرشادى.

وحين يقوم المسئولون بمسئولياتهم، أى حين يقومون بالأدوار الإرشادية، يجب عليهم مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسى، والاشتراك فى تخطيط برنامجه وتنفيذ إجراءات عملية الإرشاد.

ويجب اختيار المسئولين من بعض من يتمتعون بشخصية إرشادية، ولديهم استعداد لتحمل مسئولية الإرشاد، ويتم إعدادهم علميا وعمليا فى أقسام علم النفس والصحة النفسية والإرشاد النفسى المتخصصة فى الجامعات (مثل ما هو موجود بقسم الصحة النفسية، ومركز الإرشاد النفسى بكلية التربية جامعة عين شمس، ويجب أن يتم اختيارهم وإعدادهم وتدريبهم مهنيا، ومتابعة نموهم العلمى والعملى أثناء الخدمة، وإمدادهم بالجديد فى ميدان التوجيه والإرشاد النفسى.

ويعتبر إعداد وتدريب المسئولين عن الإرشاد النفسى مسئولية كبيرة فى حد ذاتها (إيرل جينتر Ginter ، ١٩٩١، دان كورلى Corley، ١٩٨١).

ويتمثل دور المدير فى إدارة برنامج الإرشاد والإشراف على خدماته والتنسيق بين برنامج الإرشاد والبرنامج التربوى العام.

ويتلخص دور المرشد فى القيادة المتخصصة لفريق الإرشاد، وإعداد وسائل الإرشاد، والقيام بعملية الإرشاد وتقديم خدماته. ويضيف سيد عبدالحميد مرسى (١٩٧٤) أن المرشد النفسى يمد الطلاب بالمعلومات المتعلقة بالفرص التربوية والمهنية، ويساعد المعلمين على تأمين المعلومات الخاصة بتلاميذهم، كما يساعدهم على حل المشكلات التى تختص بالتلاميذ كأفراد وجماعات، ويحسن أن يكون المرشد ـ المدرسى معدا إعدادا تربويا حتى ليطلق عليه اسم «المرشد ـ المربى».

والبحوث أهمية الممارسات السلوكية التربوية الإرشادية التى يمارسها مرشدو الصفوف فى المدارس من المعلمين (ماجد الدفاعى، وليث كريم، ١٩٩٠).

وأهم معالم الدور الإرشادى الخاص بالمعلم ـ المرشد هى:

* تيسير وتشجيع عملية الإرشاد فى المدرسة، وتعريف الطلاب بخدمات الإرشاد النفسى وقيمته، وتنمية اتجاه موجب لديهم نحو برنامجه، وتشجيعهم على الاستفادة من خدماته.
* مساعدة الطلاب العاديين إنمائيا ووقائيا عن طريق رعاية نموهم النفسى، وتوقى المشكلات.
* تهيئة مناخ نفسى صحى فى الفصل وفى المدرسة يساعد الطلاب على تحقيق أفضل نمو ممكن وبلوغ المستوى المطلوب من التحصيل والتوافق النفسى.
* تطويع واستغلال مادة تخصصه فى خدمة الإرشاد النفسى بحيث تفيد أكاديميا وإرشاديا فى نفس الوقت.
* المساعدة فى إجراء الاختبارات والمقاييس التربوية والنفسية لتحديد استعدادات وقدرات الطلاب، والمساعدة فى إعداد السيرة الشخصية والسجلات القصصية الواقعية والسجلات المجمعة والبطاقات المدرسية، والاشتراك فى مؤتمرات الحالة الخاصة بطلابه، وتقديم الملاحظات والمقترحات فى ضوء ملاحظة السلوك فى مواقف الحياة العملية داخل الفصل والمدرسة.
* دراسة وفهم الطلاب كل على حدة وكجماعة، واكتشاف حالات سوء التوافق المبكرة فيهم، ومساعدة من يمكن مساعدته، وإحالة من لا يستطيع مساعدته إلى المتخصصين.
* العمل بطريقة الإرشاد خلال العملية التربوية، والعمل على تدعيم تكامل وربط التدريس بالإرشاد بطريقة مخططة، واكتشاف النقاط والمواقف التى يجب عندها أن يحول الموقف الدراسى إلى موقف إرشادى.
* الاشتراك فى الإرشاد الجماعى مع زملائه أعضاء فريق الإرشاد فى المدرسة.
* الإسهام بقدر كبير فى مجال الإرشاد التربوى والمهنى للطلاب، وممارسة عملية الإرشاد فيما يتعلق بالإمداد بالمعلومات التربوية والمهنية والخاصة بالمستقبل التربوى والمهنى، وحل المشكلات التربوية مثل: مشكلات التحصيل والنظام وسوء التوافق التربوى ومشكلات المتفوقين والمتأخرين عقليا ودراسيا، ومشكلات المعوقين... إلخ.

* تقديم المقترحات لتطوير البرنامج التربوى والمناهج الدراسية فى ضوء دراسته لاستعدادات وقدرات وميول واتجاهات الطلاب بحيث تصبح البرامج والمناهج ممركزة حول الطالب.

* تدعيم الصلة بين المدرسة والأسرة والاتصال بالوالدين عن طريق مجالس الآباء والمعلمين.

معارف أساسية يجب أن يحيط بها المعلم ـ المرشد:

هناك معارف أساسية يجب أن يحيط بها المعلم ـ المرشد، ومن أهم هذه المعارف: المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى، ووسائل جمع هذه المعلومات.

المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى:

معلوم لدينا جيمعاً المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى، عن العميل وشخصيته وبيئته، ومشكلته.

وهناك شروط يجب مراعاتها فى عملية جمع المعلومات وهى سرية المعلومات، والمهارة فى جمعها، وحث العمل على التعاون والدقة والموضوعية، والصدق والثبات والتكرار والاستمرار والاعتدال والتنظيم، واعتبارها وسيلة وليست غاية.

ويجب أن تتعدد مصادر المعلومات ضماناً للشمول والموضوعية، والتأكد مع تأكيد المسئولية عند إعطاء المعلومات والثقة فى سريتها.

ويجب أن يكون بيد المرشد دليل لجمع المعلومات يحدد الخطوط العريضة المرنة ليسترشد به بتصرف.

ويجب أن يتعاون فى هذا الصدد كل من يستطيع إعطاء المعلومات، وهو العميل أولا، ثم أهله وذووه (الوالدان، والإخوة، والأقارب)، ورفاقه، وأصدقاؤه، والأخصائيون (مثل الأخصائى النفسى، والأخصائى الاجتماعى، والطبيب).

مجالات الإرشاد النفسى:

تتعدد مجالات الإرشاد النفسى، وأشهرها «مثلث الإرشاد» الذى يضم الإرشاد العلاجى، والتربوى، والمهنى. ويضاف إلى هذه المجالات الثلاثة الرئيسة مجالات الإرشاد الزواجى، والأسرى، وإرشاد الأطفال، والشباب، والكبار، وإرشاد الفئات الخاصة.

الإرشاد العلاجى: هو مساعدة العميل فى اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته، ومشكلاته الشخصية، والانفعالية، والسلوكية، وحل المشكلات وتحقيق التوافق، والصحة النفسية، ويتناول المشكلات الشخصية، والانفعالية، ومشكلات التوافق، ومشكلات السلوك العام، وتتضمن خدماته كل إجراءات عملية الإرشاد لحل المشكلات الشخصية، والانفعالية. وهناك مجلدات

كـاملة تتناول الإرشـاد العـلاجى وتناوله للمـشكلات، والأزمـات وقـاية وتدخـلا فى المدارس. (جوناثان سـاندوفال، Sandoval، ١٩٨٨). وهناك أيضـاً عـشرات مـن البحـوث فى الإرشـاد العلاجى، أو مـا يسمى حديثاً «إرشاد الصـحة النفسـية» Mental Health Counselling مثل بحث (ديفـيد هيـرشينسـون Hershenson (١٩٩٣)، وبحث دون ديـنكمـيـر Dinkmeyer (١٩٩١).

الإرشاد التربوى: هو مسـاعدة العمـيل فى وضع خطط تربوية مناسبة لقدراته وميوله، وأهدافه، واختـيار مناهج ومواد مناسبة، واسـتكشاف المستقبل التـربوى، ونظر القبول فى المراحل التعليـمية، وتحقـيق النجاح التربوى، وحل المشكلات التـربوية، وتحقيق التوافق التـربوى. ويذكر سيد عبـدالحميد مرسى (١٩٧٤) المشكلات المتعلقـة باختيار نوع الدراسة والالتحـاق بها ومنها: مشكلات النقـص فى المعلومات الخاصـة بأنواع الدراسات المخـتلفة التي يمكن للفـرد، أن يلتحق بها، ومشكلات الاستعدادات، والميول، والخصائص الأخرى المؤثرة على نجاح الطالب فى دراسته، ومشكلات التوافق الدراسى، والمشكلات المتعلقة بإنهاء الدراسة، والتحول إلى المجال المهنى، وهو مسـئوليـة المدرسة، ومسـئوليـة المدرس ـ المرشد، ويـحتـاج إليه كـل الطلاب سواء العـاديين، والمتـخلفين، والمتفـوقين، ويتناول مـشكلات التفـوق، والتخلـف العقلى والدراسى، ومـشكلات النمـو، واختـيـار الدراسة، ونقص المـعلومات، ومـشكلات النظام، والتـسـرب، وسوء التـوافق التـربوى، ومن خدمـاته الهـامة: الخـدمـات الإنمائية، والوقـائيـة، وإرشاد المعـوقين، والمتـخلفين، والمتأخرين، وخدمات شئون الطلبة، وخدمات التصنيف. (حامد زهران، ١٩٨٧).

الإرشاد المهنى: هو مساعدة العميل فى اختيار مهنة، والإعداد لها، والدخول فيها، والتقدم فيـها، وحل مشكـلات المهنة، وتحقيق التـوافق المهنى، وهو يهدف إلى وضع العـامل المناسب فى العـمل المناسب. ويتـناول مـشكلات الاخـتيـار المهـنى، والإعـداد والتـدريب المهنى، والتـوزيع، والالتحاق بالـعمل، وسوء التوافق المهنى، والبطالة، ومن خـدماته التربية المهنيـة، وتحليل العامل، والعمل، والاختيـار المهنى، والتأهيل والتدريب المهنى، والتشغيل، والاسـتقرار، والترقى، والتوافق المهنى.

الإرشاد الزواجى: هو مساعـدة العميل فى اخـتيار زوجة والاستعـداد للزواج، والدخول، والاستقرار، والسعادة، والتوافق، وحل مشكلات الزواج قبله وأثناءه وبعده، وهدفه تحقيق السعادة الزواجية بالجـمع بين أنسب زوجين وحل مـشكلات الزواج. ويتناول الإرشـاد الزواجى ما قـبل الزواج وأثناءه، وما بعـده، ومن خدماته: التربية الزواجية، والاخـتيار الزواجى، ودراسة شخـصية العروسين، وخدمات تدعيم الاستقرار الزواجى، وتجنب فشله، وتحقيق التوافق الزواجى.

الإرشاد الأسرى: هو مساعدة العميل والأسرة لفهم ا لحياة الأسرية، ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار، والتوافق، وحل المشكلات الأسرية، ومن خدماته التربية الأسرية، والخدمات النفسية، والاجتماعية اللازمة لطريقة الإرشاد الجماعى.

إرشاد الأطفال: هو المساعدة فى رعاية الأطفال نفسيا، وتربويا، واجتماعيا، وحل مشكلاتهم لتحقيق التوافق السوى الشامل، ويتناول مشكلات النمو لدى الأطفال، ومن خدماته الإرشاد العلاجى، والتربوى والأسرى، ورعاية النمو، والخدمات الاجتماعية، واستخدام طريقة الإرشاد باللعب.

إرشاد الشباب: هو المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسيا، وتربوياً، ومهنياً، واجتماعيا، وحل مشكلاتهم، ويتناول مشكلات الشباب، ومن خدماته رعاية النمو، والتربية الجنسية، والإرشاد العلاجى، والتربوى، والمهنى والزواجى، والأسرى، والإرشاد وقت الفراغ وخدمات رعاية الشباب.

إرشاد الكبار: هو المساعدة فى رعاية وتوجيه الشيوخ نفسيا، واجتماعياً، ومهنياً، وحل مشكلاتهم، ومن خدماته الإرشاد العلاجى، والمهنى، والزواجى، والأسرى ووقت الفراغ، والخدمات الاجتماعية وخدمات رعاية المسنين.

إرشاد الفئات الخاصة: هو المساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الفئات الخاصة (ذوى الحاجات الخاصة) نفسياً، وتربوياً، ومهنياً، وزواجياً، وأسرياً وحل مشكلاتهم، ومن خدماته: الخدمات الإرشادية العامة فى مجالات الإرشاد المختلفة، والخدمات الإرشادية الخاصة للمتفوقين، والمتخلفين، والصم، والعميان، والمعوقين جسمياً، والجانحين. (عادل الأشول، ١٩٩١).

مهارات يجب توافرها لدى المعلم ـ المرشد:

هناك العديد من المهارات التى يجب توافرها لدى المعلم ـ المرشد، ومنها استخدام وسائل جمع المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى، وإجراءات عملية الإرشاد، وطرق الإرشاد النفسى، والاشتراك فى برنامج الإرشاد النفسى فى المدرسة.

وسائل جمع المعلومات اللازمة:

نعرف جميعاً أن هناك وسائل لجمع المعلومات تكمل بعضها بعضا.

وهناك شروط عامة يجب مراعاتها فى جميع وسائل جمع المعلومات مثل: السرية، والتخطيط، والتنظيم، والدقة، والموضوعية، والمعيارية، والتسجيل، والخبرة.

ومن وسائل جمع المعلومات فى المدرسة ما يلى:

١ـ **المقابلة:** وهى هنا مقابلة جمع المعلومات أو ما يعرف باسم المقابلة الشخصية بأنواعها: المقابلة المبدئية، والقصيرة، والفردية، والجماعية، والمقيدة أو المقننة، والمطلقة أو الحرة، وغير الموجهة والموجهة.

٢ـ **الملاحظة:** ويقصد بها الملاحظة العلمية المنظمة لسلوك العميل فى مواقف الحياة اليومية المرتبطة بعملية الإرشاد بأنواعها: الملاحظة المباشرة، وغير المباشرة، والعرضية أو الصدفية، والدورية، والمقيدة.

٣ـ **دراسة الحالة:** وهى وسيلة لجمع المعلومات وأسلوب جمع معلومات تم جمعها بالوسائل الأخرى. وتعتبر دراسة تاريخ الحالة أو تاريخ الحياة، وحتى تطلعات المستقبل جزءا من دراسة الحالة.

٤ـ **مؤتمر الحالة:** ويعرف أحيانا باسم «مناقشة الحالة»، وهو اجتماع مناقشة خاص يضم فريق الإرشاد، ومن يهمهم أمر العميل، ومن لديه معلومات خاصة به، ومن أنواعه: مؤتمر الحالة الواحدة، ومؤتمر الحالات، ومؤتمر الأخصائيين، وغير الأخصائيين، ومؤتمر المرشد، والعميل والوالد.

٥ـ **الاختبارات والمقاييس:** وهى من أهم وسائل جمع المعلومات التى يعتمد عليها المرشد، والتى يجب توافرها بالمدرسة، ويجب أن يتوافر فيها شروط صلاحيتها، ويتوافر كذلك شروط إجرائها، ويتوافر المطلوب منها: اختبارات ومقاييس الذكاء، والقدرات، والتحصيل، والشخصية، والميول، والقيم، والاتجاهات، والتشخيص، والتوافق، والصحة النفسية، والإرشاد النفسى وغيرها.

٦ـ **الفحوص والبحوث:** وهذه فحوص وبحوث متخصصة، ويقوم بها المختصون فى الفحص النفسى، والبحث الاجتماعى، والفحوص الطبية، لتعطى تقارير نفسية، واجتماعية، وطبية.

٧ـ **السيرة الشخصية:** ويقصد بها التقرير الذاتى عن السيرة الشخصية أو قصة الحياة أو رواية الحياة، ومن أنواعها: السيرة الشخصية الشاملة، والمركزة حول موضوع، والمحددة، وفى الماضى، وفى الحاضر، وفى المستقبل، ومن مصادرها: الكتابة المباشرة، والمفكرات الشخصية، والمذكرات اليومية، والمذكرات الخاصة، والمستندات الشخصية، والإنتاج الأدبى، والإنتاج الفنى.

٨ـ **مصادر المجتمع**: وهى مصادر اجتماعية بها معلومات عن العميل تفيد فى عملية الإرشاد. ومن أهم مصادر المجتمع: الأسرة، والهيئات التربوية، والعيادات النفسية، والمؤسسات الاجتماعية، ومكاتب العمل، ومنظمات رعاية الشباب، ونوادى ومراكز خدمة البيئة، والجماعات الدنية، والمحاكم، والسلطات التنفيذية، والمستشفيات.

٩ـ **السجل القصصى**: وهو سجل قصصى أو مشهدى كتسجيل موضوعى لواقعة أو مشهد من سلوك العميل فى موقف محدد كما هو كقصة واقعية، وقد يليه تعليق وتفسير لما حدث، ثم توصيات.

١٠ **السجل المجمع**: وهو سجل تراكمى مكتوب يجمع، ويلخص ويختزن المعلومات التى جمعت عن العميل عن طريق كافة الوسائل فى شكل متجمع تتبعى تراكمى، وفى ترتيب زمنى على مدى سنوات قد تغطى تاريخ حياة التلميذ الدراسية مثلا.

هذا ويمكن استخدام الحاسب الآلى فى تخزين وتصنيف المعلومات، والبيانات التى يتم جمعها بأى من أو بجميع هذه الوسائل (إسماعيل دياب، ١٩٨٩).

عملية الإرشاد النفسى:

تعتبر عملية الإرشاد النفسى بمثابة التطبيق العملى المهارى للتوجيه النفسى، بكل ما له من أسس ونظريات، وما يتوافر فيه من وسائل.

وعملية الإرشاد النفسى هى عملية مساعدة المسترشد ليساعد نفسه، وذلك بفهم نفسه، وتنمية شخصيته، ليحقق التوافق مع بيئته، ويستغل إمكاناته على خير وجه بحيث يصبح أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسى، وتستخدم فيها طرق نفسية لحل المشكلات، وعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها المسترشد.

ولعملية الإرشاد النفسى إجراءات أهمها:

* الإعداد للعملية، ويتضمن استعداد المرشد، وإعداد المسترشد.
* تحديد الأهداف العامة، والخاصة. والإجرائية.
* جمع المعلومات اللازمة.
* تشخيص وتحديد المشكلة، وتحديد الأسباب والأعراض.
* تحديد المآل والتنبؤ بمستقبل المشكلة أو الاضطراب، ومدى النجاح المحتمل إن شاء الله.

* الجلسات الإرشادية، وهى الجلسات المهنية التى تحدث فيها كل إجراءات العملية الإرشادية التالية، مثل: التداعى الحر، والتنفيس الانفعالى، والاستبصار، والتعلم، والنمو، وتغير الشخصية، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والمشورة، وتعديل السلوك.

* **التقييم:** ويتناول عملية الإرشاد فى ضوء نتائجها وآثارها.

* **الإنهاء:** عند نجاح عملية الإرشاد.

* **المتابعة:** (ماذا بعد عملية الإرشاد) للتأكد من استمرار تقدم الحالة.

طرق الإرشاد النفسى:

تتعدد طرق الإرشاد النفسى، ومنها:

الإرشاد الفردى: هو تطبيق عملى لكل إجراءات عملية الإرشاد مع عميل واحد من الحالات ذات المشكلات التى يغلب عليها الطابع الفردى، والخاصة جداً.

الإرشاد الجماعى: هو إرشاد عدد من المسترشدين الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً فى جماعات صغيرة، كما يحدث فى فصل. ومن أساليب الإرشاد الجماعى:

- التمثيل النفسى المسرحى (السيكودراما) أو التمثيلية النفسية أو تمثيلية المشكلات النفسية أو الإرشاد بالتمثيليات النفسية. وتدور القصة حول خبرات العملاء، وهم يؤلفونها، ويخرجونها، ويلعبون أدوارها، ويناقشون أحداثها، ويعلقون عليها وينتقدونها بما يحقق الاستبصار، وتعديل السلوك.

- التمثيل الاجتماعى المسرحى (السوسيودراما)، وهو توأم السيكودرما، ولكنه يركز على المشكلات الاجتماعية، ويطلق عليه أحياناً «لعب الأدوار».

- المحاضرات، والمناقشات الجماعية، وهى إرشاد جماعى تعليمى فى شكل محاضرات يتخللها ويليها مناقشات ومجادلات.

- النادى الإرشادى، وهو ناد خاص يتم فيه الإرشاد النفسى فى إطار نشاط عملى ترويحى ترفيهى فنى.

الإرشاد الموجه: هو إرشاد مباشر، ممركز حول المرشد النشط الذى يوجه ويقدم معلومات.

الإرشاد غير الموجه: هو إرشاد غير مباشر، ممركز حول المسترشد الذى يكون فى دائرة الاهتمام.

الإرشاد الدينى: يقوم على أسس، ومبادىء، ومفاهيم، وأساليب دينية، مثل: الاعتراف،

والتوبة، والاستبصار، والتعلم، والدعاء، وابتغاء رحمة الله، والاستغفار، وذكر الله، والصبر، والتوكل على الله.

الإرشاد السلوكى: يقوم على أسس نظريات التعلم، ويعرف أحياناً باسم «إرشاد التعلم». ومن أساليبه:

* التخلص من الحساسية أو التحصين التدريجى: حيث يتم تحديد مثيرات السلوك المضطرب، وتعريض العميل بتكرار متدرج لهذه المثيرات، وهو فى حالة استراخاء حتى يتم الوصول إلى عدم استثارتها للاستجابة المضطرية.

* الكف المتبادل: وهو كف كل من نمطين سلوكيين (غير متوافقين)، ولكنهما مترابطان، وإحلال سلوك متوافق محلهما.

* الإشراط التجنبى: وهو تعديل سلوك العميل من الإقدام إلى الإحجام، والتجنب.

* التعزيز الموجب «الثواب»: وهو إثابة السلوك المطلوب مما يعززه ويؤدى إلى تكراره.

* التعزيز السالب: وهو تعريض العميل لمثير غير سار أثناء السلوك غير المرغوب، وإزالة هذا المثير غير السار مباشرة بعد ظهور السلوك المطلوب.

* «الخبرة المنفرة» «العقاب»: وهو تعريض العميل لعقاب علاجى (كخبرة منفرة) إذا قام بالسلوك غير المرغوب، مما يكفه.

* الثواب والعقاب: حيث يستخدم أسلوبا الثواب والعقاب معاً.

* تدريب الإغفال «الانطفاء»: حيث يتم إغفال السلوك غير الموافق، حيث ينطفىء، أى يتضاءل تدريجياً حتى يختفى.

* الممارسة السالبة: حيث يطلب من العميل ممارسة السلوك غير المطلوب بتكرار ؟ حتى يتعب ويمل، ويتشبع، ويقل احتمال تكرار هذا السلوك.

* الغمر: وهو وضع العميل أمام الأمر الواقع فى الخبرة دفعة واحدة مع المساندة الانفعالية، حتى يزول التوتر وينخفض القلق وينطفىء.

الإرشاد خلال العملية التربوية: وهو تقديم الخدمات الإرشادية مندمجة فى، ومن خلال العملية التربوية ويتم ذلك من خلال المناهج الدراسية، مع استغلال المواد الدراسية التى ترتبط بمجالات الإرشاد النفسى، ومن خلال الأنشطة التربوية.

الإرشاد باللعب: وهو من أنسب الطرق فى مجال إرشاد الأطفال، ويفيد فى توجيه الطفل، وفى تشخيص مشكلاته، وفى علاج اضطرابه السلوكى.

ومن أساليبه: اللعب الحر، واللعب المحدود، واللعب بطريقة الإرشاد السلوكى.

الإرشاد بالعمل: ويستخدم فى مجال إرشاد الشباب، والراشدين، والكبار، ويفيد فى تعليم العميل، وتشخيص مشكلته، وعلاج إضطرابه السلوكى.

الإرشاد وقت الفراغ: وهو استغلال وقت الفراغ الحر ونشاطه فى عملية الإرشاد. ويتم ذلك من خلال الاسترخاء والرياضة والتسلية، وأنشطة النمو الشخصى والثقافى. ويركز الإرشاد النفسى على ترشيد وقت الفراغ واستغلال أنشطة ممارسة الفنون خلال النوادى، والندوات، والرحلات، والهوايات.

الإرشاد المختصر: وهو إرشاد مكثف قصير الأمد، يقتصر على المهم، والضرورى، ويهدف إلى حصول المسترشد على أكبر فائدة إرشادية فى أقل وقت ممكن. ويركز الإرشاد المختصر على التحديد، والبأورة، والمواجهة المباشرة (هنا والآن)، ويتم فى ورش تدريب مصغر على السلوك النموذجى باستخدام وسائل مثل الفيديو ولعب الأدوار.

الإرشاد العقلانى الانفعالى: ويستخدم فنيات معرفية انفعالية لتصحيح المعتقدات اللاعقلانية. ويبدأ الإرشاد العقلانى الانفعالى بدراسة الخبرة المنشطة اللاعقلانية، ويركز على نظام المعتقدات اللاعقلانية أو اللامنطقية أو الخاطئة أو الخرافية، وتحويلها من اللامعقول إلى المعقول، ويتناول النتائج الانفعالية السالبة لنظام المعتقدات اللاعقلانى، ويزيل ويقلل نتائجها فى السلوك.

الإرشاد بالواقع: وهو إرشاد نحو الواقع، وهو عملية تعليم وتعلم، تهدف إلى إشباع الحاجات فى ضوء الواقع (فى العالم الحقيقى)، وعمل ما هو واقعى ومسئول وصواب.

الإرشاد العرضى: وهو إرشاد صدفى، غير مخطط، يستغل أى فرصة تسنح لتقديم أى قدر من الخدمات الإرشادية فى اللحظة السيكولوجية المناسبة.

الإرشاد الخيارى: وهو طريقة اختيارية توفيقية بين طرق الإرشاد المختلفة، يؤخذ منها ما يناسب ظروف المرشد، والمسترشد، والمشكلة، والعملية الإرشادية بطريقة من كل بستان زهرة. وفى الإرشاد الخيارى يتم الاختيار بين الطرق فى حياد، حيث يختار من كل طريقة أنسب ما فيها، ويتم صهره فى مركب جديد أكثر فائدة من أى منها ويرى البعض أن الإرشاد الخيارى هو الطريقة التى يجب اتباعها (جورج سيمون Simon، ١٩٩١).

ولقد أثبتت الدراسات والبحوث فعالية الكثير من هذه الطرق عند استخدامها مع الطلاب فى مراحل التعليم المختلفة (يحيى داود الجناينى، ١٩٨٩).

برنامج الإرشاد النفسى فى المدرسة:

هو برنامج مخطط منظم لتقديم الخدمات الإرشادية لجميع من تضمهم المدرسة، بهدف مساعدتهم فى تحقيق النمو السوى والقيام بالاختيار الواعى، لتحقيق التوافق النفسى داخل المدرسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه فريق المسئولين عن الإرشاد النفسى.

تخطيط البرنامج: يتلخص تخطيط البرنامج فى تحديد: ماذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى عملية الإرشاد؟

تمويل البرنامج: يجب أن تحدد نسبة معينة من ميزانية المدرسة للبرنامج فى حدود ٥٪، تخصص لخدمات الإرشاد النفسى.

خدمات البرنامج: أهم خدمات البرنامج هى عملية الإرشاد النفسى، وخدمات البحث العلمى، وخدمات الإحالة والمتابعة، والتدريب أثناء الخدمة.

تنفيذ البرنامج: تحدد الخطوط العريضة لخطوات وإجراءات تنفيذ البرنامج، بحيث يتم تعاون جميع أعضاء فريق الإرشاد كل فى اختصاصه حسب خطة زمنية محددة.

تقييم البرنامج: ويشترك فيه المسئولون عن البرنامج والذين يخدمهم، ويشمل كل إجراءات البرنامج للكشف عن مدى فاعليته، ومدى نجاحه أو فشله، بهدف التقويم والإصلاح والتحسين.

ولقد أصبحت الكثير من البحوث والدراسات تحرص على إعداد برامج إرشاد نفسى وتجريبها فى المدارس وتقديمها إلى من يستخدمها فى عمله الإرشادى (شاكر بدر جاسم، ١٩٨٩).

خاتمة:

وختاما، فإننى أكرر وأؤكد أن الإرشاد النفسى لابد أن تتواجد خدماته، وأن يتوافر مسئولوه فى مدارسنا. وإلى أن يتم تواجد فريق الإرشاد فى المدرسة، فلابد أن يقوم «المعلم ـ المرشد» بواجبه.

وإننى أدعو كل من يقرأ هذه الورقة، ومن يستمع إليها، ومن يناقشها، أن ينبهني إن كنت قد بالغت، وأن يصححنى إن كنت قد أخطأت، وأن يؤيدنى إن كنت قد أصبت.

والله الموفق

المراجع

إسماعيل دياب (١٩٨٩). استخدام الحاسب الآلى فى تطوير بعض جوانب الإرشاد الأكاديمى فى نظام الساعات المعتمدة: دراسة تطبيقية على كلية التربية بالمدينة المنورة. مجلة دراسات تربوية، رابطة التربية الحديثة، مجلد ٤، عدد ١٨، ص ١٧٨ ـ ٢٠٢.

حامد زهران (١٩٩٤). التوجيه والإرشاد النفسى: نظرة شاملة، مجلة الإرشاد النفسى، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، عدد ٢، ص ٢٩٧ ـ ٣٤٨.

حامد زهران (١٩٨٧). الإرشاد التربوى فى الوطن العربى. مجلة دراسات تربوية، رابطة التربية الحديثة، مجلد ٢، عدد ٨، ص ٤٥ ـ ٩١.

حامد زهران (١٩٨٦). التوجيه والإرشاد المهنى فى مصر بين الواقع والمثالية. المؤتمر الأول للتوجيه المهنى. القاهرة. (ديسمبر ١٩٨٦).

حامد زهران (١٩٨٥). دور الإرشاد النفسى المنبثق من الشريعة الإسلامية فى معالجة مشكلات الشباب العربى المعاصر. الحلقة العلمية السادسة عن مشكلات الشباب فى المجتمع العربى المعاصر. المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب. الرياض. (نوفمبر ١٩٨٥).

حامد زهران (١٩٨٤). الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى. مؤتمر رفع إنتاجية الإنسان المصرى، جامعة الإسكندرية. (أغسطس ١٩٨٤).

حامد زهران (١٩٨١). الإرشاد النفسى فى مرحلة التعليم الأساسى. مؤتمر التعليم الأساسى، كلية التربية الفنية جامعة حلوان. (أبريل ١٩٨١) ص ٤٠٧ ـ ٤١٧.

حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسى (ط ـ٢) القاهرة: عالم الكتب.

حامد العبد ولطفى فطيم (١٩٨٤). التحديات التى تواجه الإرشاد النفسى فى الخليج العربى: دراسة ميدانية. حلقة الإرشاد النفسى بكلية التربية جامعة الكويت .(مارس ١٩٨٤).

سهام أبو عيطة وبتول الرفاعى (١٩٨٦). دور الإرشاد التربوى فى تحقيق أهداف العملية التربوية. المؤتمر التربوى السادس عشر. جمعية المعلمين الكويتية. (مارس ١٩٨٦).

سيد عبد الحميد مرسى (١٩٧٤). دور المعلم فى التوجيه والإرشاد بالمدرسة الثانوية. المؤتمر الأول لإعداد المعلمين فى المملكة العربية السعودية.(مارس ١٩٧٤) ص ٩٦ ـ ١٢٠.

شاكر بدر جاسم (١٩٨٩). خطوات متطورة على طريق الإرشاد التربوى والتوجيه المهنى فى المدرسة الثانوية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية، عدد ١٤، ص٢٠٩ ـ ٢٢٩.

عادل عز الدين الأشول (١٩٩١). الخدمات والسياسات النفسية والتربوية فى إرشاد غير العاديين. المؤتمر السنوى الرابع للطفل المصرى «الطفل المصرى وتحديات القرن الحادى والعشرين». الجزء الثانى، ص ٩٩٥ ـ ١٠١١.

ماجد الدفاعى وليث كريم (١٩٩٠). الممارسات السلوكية التربوية الإرشادية التى يمارسها مرشدو الصفوف فى المدارس. مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية. عدد ١٥، ص ٢٨ ـ ٥٢.

. يحيى داود الجنابي (١٩٨٩). أثر الإرشاد المباشر في التحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الأولى في قسم العلوم التربوية والنفسية بكلية التربية. مجلة العلوم التربوية والنفسية، الجمعية العراقية للعلوم التربوية والنفسية. عدد ١٤، ص ٨٣ ـ ١٠١.

- **Corley, Dan A. (1981).** Generic professional and technical knowledge, skills, and abilities needed by mental health counselors, Dissertation Abstracts International, 12, 5A, 1958.

- **Dinkmeyer, Don (1991).** Mental health counseling: A psychoeducational approach. Journal of Mental Health Counseling, 13, 1, 37 - 41.

- **Ginter, Earl J. (1991).** Mental health counselor preparation: Experts' opinions. Journal of Mental Health Counseling, 13, 2, 187, 203.

- **Hershenson, David B. (1993).** Healthy development as the basis of mental health counseling theory. Journal of Mental Health Counseling, 15, 1, 130 - 137.

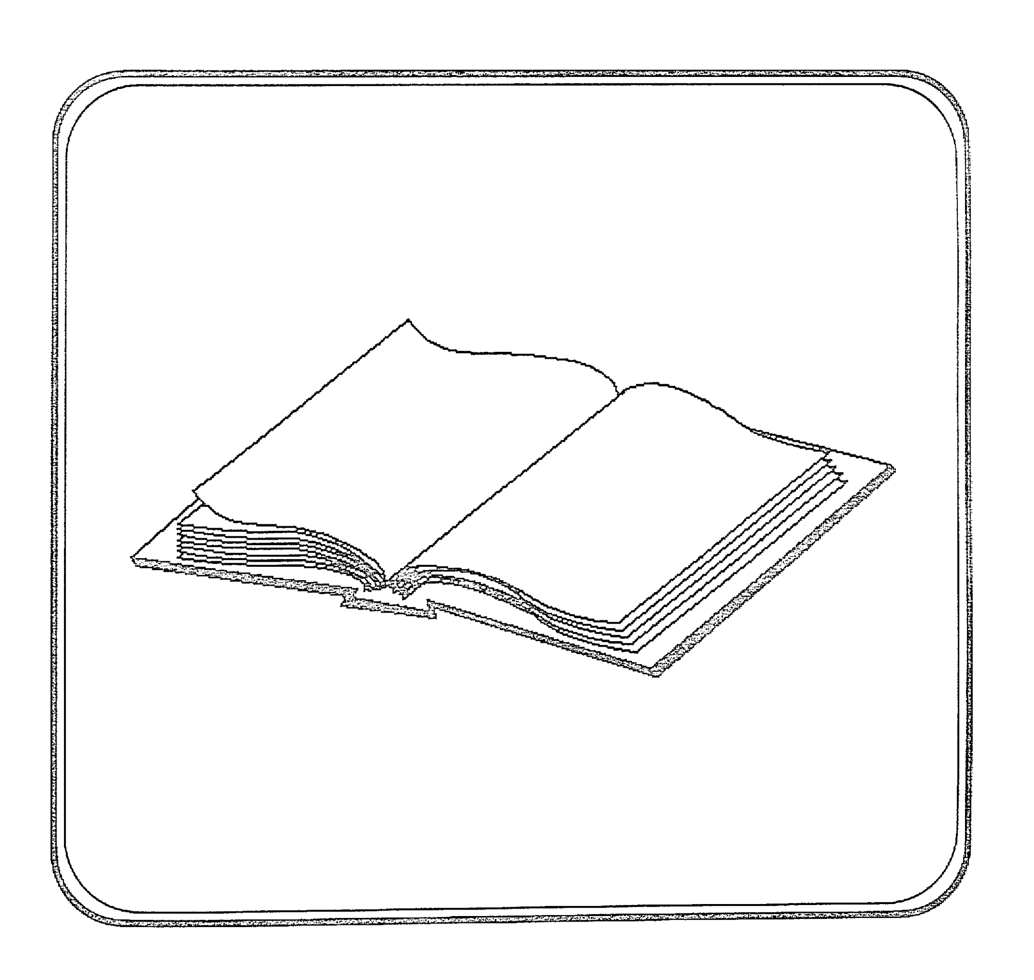
- **Locke, Don C. (1993).** Diversity in the practice of mental health counseling, Journal of Mental Health Counseling, 15, 3, 228 - 231.

- **Pietrofesa John J., Bernstein, Bianca, Minor, Jo Anne & Stanford, Susan (1980).** Guidance: An Introduction. Chicago: David McNally.

- **Sandoval, Jonathan (Ed.). (1988).** Crisis Counseling, Intervention, and Prevention in the Schools. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.

- **Shertzer, B. & Stone, S. (1976).** Fundamentals of Guidance (3rd Ed.). Boston: Houghton Mifflin.

- **Simon, George M. (1991).** Theoretical eclecticism. A goal we are obliged to persue. Journal of Mental Health Counseling, 13, 1, 112 - 118.



[١٣] التوجيه والإرشاد النفسى
«نظرة شاملة»(*)

مقدمة:

عزيزى القارئ المهتم بميدان «التوجيه والإرشاد النفسى»، أقدم إليك هذا الموجز لكتابى «التوجيه والإرشاد النفسى»، والذى يقع فى أكثر من خمسمائة صفحة.

وقد أهديت الكتاب إلى المهتمين بالتوجيه والإرشاد النفسى وهم الموجهين والمرشدين والمعالجين النفسيين، والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، والوالدين والمربين، والشباب والراشدين.

وأهدى هذا الموجز إلى الذين لا تسمح ظروفهم، أو لا يتسع وقتهم لقراءة كتاب التوجيه والإرشاد النفسى من هؤلاء جميعاً.

وأملى أن يتحقق أحد أهداف هذا الموجز، وهو دعوة القارئ إلى مزيد من القراءة والعمل فى ميدان التوجيه والإرشاد النفسى.

تعريف:

التوجيه والإرشاد النفسى عملية بناءة، تهدف إلى مساعدة الفرد لكى يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته وينمى إمكاناته ويحل مشكلاته فى ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه لكى يصل إلى تحديث وتحقيق أهدافه وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً.

مصطلحات التوجيه والإرشاد:

يعبر مصطلحا التوجيه والإرشاد عن معنى مشترك، وهما مترابطان، وكل يكمل الآخر، وهما وجهان لعملة واحدة. والتوجيه يشتمل على مجموعة خدمات نفسية أهمها عملية الإرشاد، أى أن الإرشاد هو العملية الرئيسة فى خدمات التو جيه. والتوجيه ميدان يتضمن الأسس العامة والنظريات الهامة، بينما الإرشاد يتضمن الجوانب العملية والتطبيقات. والتوجيه إلى الصحة النفسية مثل الإرشاد إلى العلاج النفسى، والتوجيه إلى التربية مثل الإرشاد إلى التدريس.

(٢) مجلة الإرشاد النفسى ، عدد ٢ (١٩٩٤) ص ٢٩٧ ـ ٣٤٩.

التوجيه والإرشاد النفسى والعلوم المتصلة به:

يتصل التوجيه والإرشاد النفسى بعدد من العلوم الإنسانية، يأخذ منها ويعطيها، ويشترك معها فى بعض الأهداف والأساليب، لأنها جميعاً تهدف إلى فهم الإنسان وخدمته وسعادته. ومن أهم هذه العلوم: علم النفس، والصحة النفسية، والعلاج النفسى، والطب النفسى، وعلم الاجتماع، والخدمة الاجتماعية، وعلم الإنسان، وعلم التربية، والدين، والقانون.

مفاهيم أساسية فى التوجيه والإرشاد النفسى:

فيما يلى بعض المفاهيم الأساسية فى التوجيه والإرشاد النفسى:

* التوجيه والإرشاد النفسى خدمات أو عملية تقدم إلى العاديين، وإلى أقرب المرضى إلى الصحة، وأقرب المنحرفين إلى السواء.

* الإرشاد النفسى ليس مرادفاً للعلاج النفسى، ولكنه يشترك معه فى كثير من العناصر، والفرق بينهما فرق فى الدرجة وليس فى النوع، وفرق فى العميل وليس فى العملية.

* التوجيه والإرشاد النفسى يتناول جميع جوانب شخصية العميل ككل جسمياً وعقلياً واجتماعياً وانفعالياً.

* التوجيه والإرشاد النفسى يتناول جميع مجالات حياة العميل ككل: شخصياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياً.

* الإرشاد النفسى عملية يشجع فيها المرشد عميله، ويوقظ عنده الدافع والقدرة على أن يعمل شيئاً لنفسه بنفسه.

* الإرشاد النفسى يتضمن مساعدة الفرد فى أن يفهم نفسه ويحقق ذاته فى ضوء فرص الحياة الواقعية المتاحة أمامه.

* الإرشاد النفسى خدمات يقدمها فريق من الأخصائيين مثل: المرشد النفسى، المعالج النفسى، والمدرس ـ المرشد، والأخصائى الاجتماعى وغيرهم.

* الإرشاد النفسى يجب أن يكون جزءاً لا يتجزأ من البرنامج العام للمؤسسة التى يقدم فيها (مثل المدرسة).

* الإرشاد النفسى خدمات أو عملية تقدم فى أى مكان مناسب، يضمن نجاحها سواء كان مركز إرشاد أو عيادة نفسية أو مدرسة ... إلخ.

* الإرشاد النفسى تخصص لابد أن يقوم به الأخصائيون المؤهلون علمياً وعملياً.

الحاجة إلى التوجيه والإرشاد النفسى:

الحاجة إلى التوجيه والإرشاد من أهم الحاجات لدى الفرد مثلها مثل الحاجة إلى الأمن والحب والإنجاز والنجاح. وكل فرد خلال مراحل نموه المتتالية يمر بمشكلات عادية وفترات انتقال حرجة يحتاج فيها إلى إرشاد. ولقد طرأت تغيرات أسرية تعتبر من أهم ملامح التغير الاجتماعى. ولقد حدث تقدم علمى وتكنولوچى كبير، وحدث تطور فى التعليم ومناهجه، وحدثت زيادة فى أعداد الطلاب فى المدارس، وحدثت تغيرات فى العمل والمهنة. ونحن الآن نعيش فى عصر يطلق عليه عصر القلق. هذا كله يؤكد أن الحاجة ماسة إلى التوجيه والإرشاد النفسى.

أهداف التوجيه والإرشاد النفسى:

تحدد أهداف التوجيه والإرشاد النفسى وجهة كل من المرشد والعميل وعملية الإرشاد نفسها. وتتلخص أهم أهداف الإرشاد النفسى فى تحقيق الذات، وتحقيق التوافق (الشخصى والتربوى والمهنى والاجتماعى)، وتحقيق الصحة النفسية، وتحسين العملية التربوية.

مناهج التوجيه والإرشاد النفسى:

هناك ثلاثة مناهج لتحقيق أهداف التوجيه والإرشاد النفسى هى:

* المنهج الإنمائى: أو المنهج الإنشائى، ويعتبر الإرشاد النفسى عملية نمو سليم وارتقاء بالسلوك السوى لدى العاديين خلال رحلة النمو.
* المنهج الوقائى: أو التحصين النفسى ضد المشكلات والاضطرابات والأمراض النفسية. وله ثلاثة مستويات، أولها منع حدوث المشكلة أو الاضطراب، وثانيها كشف الاضطراب فى مرحلته الأولى، وثالثها تقليل آثار الاضطراب. وتتركز الخطوط العريضة للوقاية فى الإجراءات الوقائية الحيوية والنفسية والاجتماعية.
* المنهج العلاجى: ويتضمن حل المشكلات وعلاج الاضطرابات التى تظهر فعلاً حتى العودة إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

التوجيه والإرشاد النفسى علم وفن:

التوجيه والإرشاد النفسى علم يقوم على أساس نظريات علمية تستند إلى مناهج البحث العلمى، وهو فرع من فروع علم النفس التطبيقى.

والإرشاد النفسى فن يحتاج إلى مهارة وخبرة فنية عملية فى التطبيق، تراعى طبيعة الإنسان والفروق الفردية بين العملاء وتنوع المشكلات والخبرات.

الإرشاد النفسى والعلاج النفسى:

الإرشاد النفسى والعلاج النفسى توأمان متشابهان وليسا متماثلان، وأوجه الاتفاق بينهما كثيرة على الرغم من وجود بعض عناصر الاختلاف.

وقد سبق تعريف الإرشاد النفسى. أما العلاج النفسى، فهو نوع من العلاج تستخدم فيه الطرق النفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعانى منها المريض وتؤثر فى سلوكه، وفيه يتم العمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعديلها أو تعطيل أثرها، والعمل على تحقيق التوافق والصحة النفسية.

وفيما يلى أهم عناصر الاتفاق بين الإرشاد النفسى والعلاج النفسى:

* كلاهما خدمة نفسية متخصصة من أهدافها تحقيق التوافق والصحة النفسية.
* المعلومات المطلوبة لدراسة الحالة ووسائل جمع المعلومات واحدة فى كل منهما.
* يشتركان فى الأسس التى يقومات عليها، وفى الأساليب المشتركة مثل: المقابلة، ودراسة الحالة ... إلخ.
* استراتيجياتهما واحدة وهى: الإنمائية، والوقائية، والعلاجية.
* إجراءات عملية الإرشاد وعملية العلاج النفسى واحدة فى جملتها يلتقيان فى الحالات الحدية بين السوية واللاسوية أو بين العاديين والمرضى.
* هناك مجال يجمع بينهما وهو الإرشاد العلاجى.
* يضم علم النفس العلاجى كلاً من الإرشاد العلاجى والعلاج النفسى.
* المرشد النفسى والمعالج النفسى لا يخلو منهما مركز إرشاد أو عيادة نفسية.

أما أهم عناصر الاختلاف بين الإرشاد النفسى والعلاج النفسى فيلخصها الجدول التالى:

أسس التوجيه والإرشاد النفسى:

يقوم التوجيه والإرشاد النفسى على أسس عامة تتمثل فى عدد من المسلمات والمبادئ التى تتعلق بالسلوك البشرى والعميل وعملية الإرشاد، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسى، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومطالب النمو، وعلى «أسس اجتماعية تتعلق بالفرد والجماعة ومصادر المجتمع، وعلى أسس عصبية وفسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبى والحواس وأجهزة الجسم الأخرى.

الإرشاد النفسى	العلاج النفسى
* الاهتمام بالأسوياء والعاديين وأقرب المرضى إلى الصحة وأقرب المنحرفين إلى السواء.	* الاهتمام بمرضى العصاب والذهان وذوى المشكلات الانفعالية الحادة.
* المشكلات أقل خطورة وعمقاً ويصاحبها قلق عادى.	* المشكلات أكثر خطورة وعمقاً، ويصاحبها قلق عصابى.
* حل المشكلات على مستوى الوعى.	* التركيز على اللاشعور.
* العميل يعيد تنظيم بناء شخصيته هو.	* المعالج مسئول أكثر عن إعادة تنظيم الشخصية.
* العميل أنشط ويتحمل مسئولية الاختيار والتخطيط واتخاذ قرارات لنفسه وحل مشكلاته.	* المعالج أنشط ويقوم بدور أكبر فى عملية العلاج.
* المرشد يؤكد نقاط القوة عند العميل ويستخدم المعلومات المعيارية فى دراسة الحالة.	* المعالج يعتمد أكثر على المعلومات الخاصة بالحالات الفردية.
* تدعيمى تربوى.	* تدعيمى بتركيز خاص.
* قصير الأمد عادة.	* يستغرق وقتاً أطول.
* تقدم خدماته عادة فى المدارس والجامعات والمؤسسات الاجتماعية.	* تقدم خدماته عادة فى العيادات النفسية والعيادات الخاصة.

الأسس العامة (المسلمات والمبادئ):

يقوم التوجيه والإرشاد النفسى على أسس عامة تتمثل فى عدد من المسلمات والمبادئ التى تتعلق بالسلوك البشرى والعميل وعملية الإرشاد، وعلى أسس فلسفية تتعلق بطبيعة الإنسان وأخلاقيات الإرشاد النفسى، وعلى أسس نفسية وتربوية تتعلق بالفروق الفردية والفروق بين الجنسين ومطالب النمو، وعلى أسس اجتماعية تتعلق بالفرد والجماعة ومصادر المجتمع، وعلى أسس عصبية وفسيولوجية تتعلق بالجهاز العصبى والحواس وأجهزة الجسم الأخرى.

الأسس العامة (المسلمات والمبادئ):

* ثبات السلوك الإنسانى نسبياً وإمكان التنبؤ به (إذا تساوت الظروف والمتغيرات والعوامل الأخرى).

* مرونة السلوك الإنسانى (وقابليته للتعديل والتغيير).

* السلوك الإنسانى فردى - جماعى (والجماعة تعتبر بمثابة المنظم المعيارى للسلوك الفردى).

* استعداد الفرد للتوجيه والإرشاد (باعتباره حاجة أساسية لديه).

* حق الفرد فى التوجيه والإرشاد (لكل فرد ولكل الفرد).

* حق الفرد فى تقرير مصيره (وليس هناك من هو أعرف بالفرد من نفسه).

* تقبل العميل (كما هو وبدون شروط وبلا حدود).

* استمرار عملية الإرشاد (من الطفولة إلى الكهولة).

* الدين ركن أساسى (وعنصر رئيسى فى حياة الإنسان).

الأسس الفلسفية:

* طبيعة الإنسان (التى حددها الله الذى خلق الإنسان وهو أعلم بمن خلق).

* أخلاقيات الإرشاد النفسى (مثل العلم والخبرة والترخيص والقسم وسرية المعلومات والعلاقات المهنيـة و العمل المخلص والعمل كفريق واحترام اختصاص الزملاء والاستشارة المتبادلة والإحالة وكرامة المهنة).

الأسس النفسية والتربوية:

* الفروق الفردية (كما وكيفاً).

* الفروق بين الجنسين (فسيولوچياً وجسمياً واجتماعياً وعقلياً وانفعالياً).

* مطالب النمو (أهمية تحقيقها وخطورة عدم تحقيقها فى مراحل النمو المتتالية).

الأسس الاجتماعية:

* الاهتمام بالفرد كعضو فى جماعة (يعيش فى مجال اجتماعى ويتأثر بالثقافة الاجتماعية).

* الاستفادة من كل مصادر المجتمع (والمؤسسات الاجتماعية والدينية وغيرها).

الأسس العصبية والفسيولوجية:

* الجهاز العصبى (جهاز حيوى رئيس يسيطر على أجهزة الجسم الأخرى، بقسميه : الجهاز العصبى المركزى والجهاز العصبى الذاتى).

* الحواس (هى المراصد الخارجية للجهاز العصبى).

بعض نظريات التوجيه والإرشاد النفسى:

يقوم الإرشاد النفسى على نظريات علمية. والمرشد النفسى يجب أن يعمل فى ضوء نظريات تفسر السلوك وكيفية تعديله.

وفيما يلى إشارة إلى عينة من نظريات التوجيه والإرشاد النفسى الهامة التى ترتبط بطرقه وأساليبه.

نظرية الذات:

صاحب نظرية الذات هو كارل روجرزRogers. وترتبط هذه النظرية بطريقة الإرشاد المركز حول الذات. وأهم مكونات نظرية الذات هى:

* **الذات:** وهى كينونة الفرد، وتعتبر جوهر الشخصية، وتنتظم حولها كل الخبرات.

* **مفهوم الذات:** وهو فكرة الفرد عن ذاته. وهو التعريف النفسى للذات كما يدركها (مفهوم الذات المدرك)، وكما يعتقد أن الآخرين يتصورونها (مفهوم الذات الاجتماعى)، وكما يود أن يكون (مفهوم الذات المثالى). ومفهوم الذات ينظم السلوك ويحدده.

* **الخبرة:** هى موقف يعيشه الفرد فى زمان ومكان معين، ويتفاعل الفرد معها وينفعل بها ويؤثر فيها ويتأثر بها. والخبرات التى تتطابق مع مفهوم الذات تؤدى إلى التوافق والصحة النفسية، والعكس صحيح.

* **الفرد:** وهو الشخص، ولديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق ذاته، ولديه حاجة للتقدير الموجب للذات.

* **المجال الظاهرى:** وهو المجال الشعورى الذى يوجد فيه الفرد. وهو متغير باستمرار. ويتفاعل الفرد مع المجال الظاهرى كما يخبره وكما يدركه.

* **مفهوم الذات العام:** وهو الذى يعرضه الفرد للمعارف والغرباء.

* **مفهوم الذات الخاص:** وهو الجزء الشعورى السرى الشخصى جداً أو العورى من خبرات الذات. ومعظم محتواه مواد محرمة أو محرجة أو مخجلة أو بغيضة أو مؤلمة. ولا يجوز إظهاره أو كشفه أمام الناس (عدى المرشد أو المعالج) لأنه يعتبر بمثابة «العورة النفسية» للفرد. ويهتم الإرشاد والعلاج النفسى بمفهوم الذات الخاص الذى يهدد الشخصية، حيث يكشف ويناقش فى ضوء الواقع. ومن أهم أهداف الإرشاد النفسى تنمية مفهوم واقعى ومفهوم موجب عن الذات.

النظرية السلوكية:

ويطلق عليها اسم «نظرية المثير والاستجابة»، وتعرف كذلك باسم «نظرية التعلم».

والاهتمام الرئيس للنظرية السلوكية هو السلوك: كيف يتعلم وكيف يتغير، وهذا فى نفس الوقت اهتمام رئيس فى عملية الإرشاد التى تتضمن عملية تعلم ومحو تعلم وإعادة تعلم. والتعلم هو محور نظريات التعلم التى تدور حولها النظرية السلوكية.

وترتكز النظرية السلوكية على مفاهيم ومسلمات ومبادئ وقوانين تتعلق بالسلوك وبعملية التعلم وحل المشكلات.

ومن أهم مفاهيم النظرية السلوكية، أن معظم سلوك الإنسان متعلم، وتقول إن كل سلوك (استجابة) له مثير. والشخصية حسب هذه النظرية هى التنظيمات السلوكية المتعلمة الثابتة نسبيا التى تميز الشخص عن غيره من الأشخاص. وتؤكد النظرية على الدافع والدافعية فى عملية التعلم، فلا تعلم دون دافع. والسلوك يتعلم ويقوى ويدعم ويثبت إذا تم تعزيزه بالإثابة، وينطفئ ويختفى إذا لم يمارس ويعزز أو إذا عوقب. وتتكون العادة عن طريق التعلم وتكرار الممارسة. وإذا تعلم الفرد سلوكاً وتكرر الموقف فإنه ينزع إلى تعميم الاستجابة المتعلمة على استجابات أخرى تشبه الاستجابة المتعلمة. والتعلم هو تغير السلوك نتيجة للخبرة والممارسة. ومحو التعلم يتم عن طريق الانطفاء. وإعادة التعلم تحدث بعد الانطفاء بتعلم سلوك جديد. وهذه السلسلة من عمليات التعلم تحدث فى الإرشاد والعلاج النفسى.

ويركز الإرشاد النفسى على تعزيز السلوك السوى المتوافق، ومساعدة العميل فى تعلم سلوك جديد سوى، والتخلص من السلوك غير السوى.

ومن أبرز من أسهم فى تطبيق النظرية السلوكية فى مجال الإرشاد والعلاج النفسى دولارد وميلر Dollard & Miller.

ويطلق على تطبيق النظرية السلوكية عملياً فى ميدان الإرشاد النفسى اسم «الإرشاد السلوكى».

نظرية السمات والعوامل:

تقوم هذه النظرية على تحديد سمات الشخصية وتحليل عواملها سعياً لتصنيف الناس، وتعرف السمات والعوامل التى تحدد السلوك والتى يمكن قياسها، وتمكن من التنبؤ بالسلوك.

ومن أهم سمات نظرية السمات والعوامل تركيزها على العوامل المحددة التى تفسر السلوك البشرى والتى تمكن من تحديد سمات الشخصية.

ومن أهم مفاهيم نظرية السمات والعوامل: أن السلوك الإنسانى يمكن أن ينظم بطريق مباشر، وأنه يمكن قياس السمات والعوامل المحددة للسلوك باستخدام الاختبارات والمقاييس. والشخصية حسب هذه النظرية عبارة عن انتظام دينامى لمختلف سمات الشخص. والسمة هى الصفة (الجسمية أو العقلية أو الانفعالية أو الاجتماعية) الفطرية أو المكتسبة التى يتميز بها الشخص، وتعبر عن استعداد ثابت نسبياً لنوع معين من السلوك. والعامل مفهوم رياضى إحصائى يوضح المكونات المحتملة للظواهر، وتفسيره النفسى يسمى القدرة.

ومن أبرز من أسهموا فى نظرية السمات والعوامل هانز أيزينك Eysenck وريموند كاتيل Cattell.

ولقد أسهمت نظرية السمات والعوامل فى التوجيه والإرشاد النفسى. ومن أهم ما تقرره النظرية أن الناس يختلفون فى سماتهم، وإذا ما أمكن فصل وقياس وتقييم السمات، فإن من الممكن تحديد عوامل تفيد فى عملية الإرشاد.

وتعتبر نظرية السمات والعوامل هى الأساس النظرى الذى تقوم عليه طريقة الإرشاد الموجه أو الإرشاد المركز حول المرشد. ومن أشهر من طبقوا هذه النظرية فى الإرشاد النفسى هو ويليامسون Williamson رائد طريقة الإرشاد الموجه، ويؤكد أن تقدير سمات شخصية العميل يحتل مكان القلب فى علمية الإرشاد.

نظريات أخرى:

هناك نظريات أخرى لها أهميتها فى التوجيه والإرشاد النفسى، ولكن لا يتسع المجال لاستعراضها، مثل نظرية التحليل النفسى، ونظيرة المجال وغيرها. ويرجى الرجوع إلى المصادر والمراجع للاستزادة.

المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد النفسى:

أهمية المعلومات:

الحصول على معلومات دقيقة وكافية عن العميل وعن مشكلته وعن بيئته يعتبر حلقة الوصل بين الجزء النظرى والجزء العملى فى التوجيه والإرشاد النفسى، ويعتبر العمود الفقرى فى عملية الإرشاد. وعملية الإرشاد لا تتم إلا إذا توافرت المعلومات التى تمكن من فهم العميل والتى يحدد على أساسها تشخيص الحالة. والمعلومات لازمة وضرورية وهامة بالنسبة لكل من الطرفين، المرشد والعميل. والمرشد عندما يتعامل مع العميل يجب أن ينظر إليه نظرية كلية شاملة.

عملية جمع المعلومات:

ويطلق عليها أحياناً اسم عملية فحص ودراسة الحالة.

وهناك شروط يجب مراعاتها فى عملية جمع المعلومات وهى: سرية المعلومات، والمهارة فى جمعها، وحث العميل على التعاون، والدقة والموضوعية، والصدق والثبات، والتكرار والاستمرار، وتقدير العوامل المسببة والأعراض، والاهتمام بالمعلومات الطولية، والتأكد، والاعتدال، وتجنب أثر الهالة، وتقييم المعلومات، وتنظيمها، واعتبارها وسيلة وليست غاية.

وهناك ميسرات لعملية جمع المعلومات. وأهم هذه الميسرات التعاون من جانب العميل والأسرة والمدرسة والمؤسسات الاجتماعية الأخرى.

وقد يعترض عملية جمع المعلومات بعض المشكلات والصعوبات التى تجعلها عملية صعبة. ومن هذه المشكلات والصعوبات: تغليف الذات، والمعلومات المختصرة، وضرورة فهم الإطار المرجعى للعميل، ونمو الفرد، والتغير الاجتماعى.

والمرشد النفسى يستند فى عملية جمع المعلومات إلى ما يسمى «الخريطة العقلية المعرفية» التى تكاد تكون مرسومة فى مخه كتخطيط مسبقٍ لعملية جمع المعلومات ويتخذها كإطار مرجعى فى عمله.

مصادر المعلومات:

يجب أن تتعدد مصادر المعلومات ضماناً للشمول والموضوعية والتأكد. ولابد أن يثق كل مصدر للمعلومات فى سريتها وأنها لا تستخدم إلا لأغراض الإرشاد. ويجب فى نفس الوقت أن يتوافر الشعور بالمسئولية عند إعطاء المعلومات.

وأهم مصادر المعلومات هى العميل أولاً، ثم أهله وذووه (الوالدان والإخوة والأقارب)، ورفاقه وأصدقاؤه، والأخصائيون (مثل الأخصائى النفسى والأخصائى الاجتماعى والطبيب والمدرس).

البيانات العامة:

يلزم جمع بعض البيانات العامة عن العميل كشخص وعن بيئته المباشرة: عن والديه أو ولى أمره، وإخوته وأخواته، وزوجه، وأولاده، ومن يعولهم، والأقارب الآخرين الذين يعيشون مع الأسرة، ومن يمكن الاستعانة بهم، ومحيل الحالة أو جهة الإحالة.

الشخصية:

الشخصية هى ميدان العمل فى الإرشاد النفسى. ويلزم دراسة بناء شخصية العميل وظيفياً

وديناميـاً، ودراسة أبعادها وسمـاتها، وفهـمها فى توافقـها واضطرابها، وفى تكاملهـا وتفككها، والعوامل المؤثرة فى ذلك.

المعلومات الجسمية:

الجسم ومظهـره الخارجى هو عنوان الشخـصية. والمكونـات الجسميـة من أهم مكونات البناء الوظيفى للشخصية.

ويلزم جمع معلومات جـسمية بعضها مـعلومات جسمية عامـة (الشكل الخارجى العام، ونمط الجسم، والمهـارات الحركية)، وبعـضها مـعلومات طبية (مـعلومات طبيـة عامة، وأجهـزة الجسم، والحواس، والعـاهات، والحالة الصـحية العـامة والأمراض، والعـوامل العضـوية المرتبطة بالمشكلة والتى تسببها)، وبعضها معلومات عصبية (المخ، والأعصاب المخية، والنخاع الشوكى، والأعصاب النخاعية الشوكية، والجهاز العصبى الذاتى، والإحساس).

المعلومات الاجتماعية:

يهتم الإرشاد النفسى بالفرد ككائن اجتماعى تمثل المكونات الاجتمـاعية لشخصيته جانباً هاماً يجب العناية بدراسته وجمع معلومات وافية عنه. وتشـتمل المكونات الاجتماعية للشخصية على المجال الاجتماعى والمجتـمع الذى يعيش فيه الفرد، وعلى عملية التنشئة الاجـتماعية، وعلى تأثير كل من الأسرة والمدرسة والصـحبة ومجـال الدين والاتجاهات والقيم والميول والهـوايات والخلفية الاجتماعـية الاقتصادية، ومجال المهنة، ومـعلومات أخرى عن النشاط الاجتمـاعى العام وأوجهه، ومناشط وقت الفراغ ومشكلاتها، والعادات والتقاليد، ومستوى الطموح.

المعلومات عن الحالة الانفعالية:

تتضمن المكونات الانفعالية للشخصيـة أساليب النشاط المتعلق بالانفعالات المختلفة مثل الحب والكره والفرح والحـزن والخوف والتـوتر والغضب والخجل وغـيرها، وما يرتبـط بذلك من ثبات انفعالى أو عدمه، وما يترتب على ذلك من مشكلات انفعالية.

ومن المعلومات اللازمة عن الحالة الانفعالية للعميل: حالتـه الانفعالية، ومستوى نضجه العام، والمشكلات والاضطرابات الانفعالية، والصـدمات الانفعالية، والانفعال المزمن، والحـالة العاطفية، والحالات الانفعالية الخاصة مثل الغيرة والحسد والتفاؤل والتشاؤم وغيرها.

المشكلة أو المرض:

من أهداف عمـلية الإرشاد النفـسى حل مشكلات العـميل والعـودة به إلى التوافق والصـحة النفسية.

ويلزم قبل بدء عملية الإرشاد النفسى تحديد المشكلة الحالية أو المرض الحالى، وتحديد الأسباب والأعراض، والتاريخ والجهود الإرشادية والعلاجية السابقة، والتغيرات التى طرأت على الحالة، والمشكلات أو الأمراض الأخرى، وطريقة حل المشكلات.

معلومات عامة:

هناك معلومات وبيانات عامة يلزم معرفتها عن العميل، وأهمها: معدل النمو، ومدى تحقيق مطالب النمو، ومشكلاته واضطراباته. ويلزم معرفة شئ عن غرائز العميل ودوافعه وحاجاته النفسية ومدى إشباعها. ومن المهم معرفة هدف حياة العميل، وأسلوب حياته لتحقيق أهداف حياته. ويجب تحديد حيل الدفاع النفسى التى يلجأ إليها العميل وهل هى سوية أم غير سوية. ومطلوب معرفة شئ عن مفهوم الذات لدى العميل هل هو موجب أم سالب وهل هناك نقص فى تقدير الذات. ومطلوب معرفة محتوى مفهوم الذات الخاص وخاصة المحتويات ذات الوزن الكلينيكى. ويلزم لعمية الإرشاد معلومات عن مستوى التوافق العام والشخصى والاجتماعى والمهنى. ومطلوب تحديد مستوى الصحة النفسية للعميل.

ملخص الحالة:

وتنتهى عملية جمع المعلومات بملخص لحالة العميل يجمع أهم المعلومات عنه وعن مشكلته وعن بيئته، ويحللها ويفسرها.

ويتضمن مخلص الحالة أهم النواحى المرضية ذات الدلالة فى ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة والفحص النفسى والطبى و العصبى والبحث الاجتماعى والملاحظات العامة.

ويوضع على أساس ملخص الحالة التشخيص وتوصيات الإرشاد وخطته.

دليل فحص ودراسة الحالة:

يحسن أن يكون بيد المرشد دليل عام لفحص ودراسة الحالة، يحدد اتجاه عملية الفحص والدراسة وجمع المعلومات، ويحدد الخطوط العريضة والفقرات المحددة لعملية فحص ودراسة الحالة فى مرونة، ليسترشد به المرشد فى عملية جمع المعلومات بتصرف.

وسائل جمع المعلومات فى الإرشاد النفسى:

المعلومات ووسائل جمعها:

يلزم لجمع المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد تحديد وسائل جمع هذه المعلومات.

ويجب أن تتعدد الوسائل بحيث تكمل بعضها وتؤكد بعضها بعضاً.

وهناك شروط عامة يجب مراعاتها فى جميع وسائل جمع المعلومات مثل: السرية، والتخطيط، والتنظيم، والدقة، والموضوعية، والمعيارية، والتسجيل، والخبرة.

المقابلة:

المقصود هنا «مقابلة جمع المعلومات»، وتسمى أيضاً المقابلة الشخصية أو الاختبار الشخصى. وهى علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجهاً لوجه بين المرشد والعميل فى جو نفسى آمن يسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع معلومات لحل مشكلة.

ومن أنواعها: المقابلة المبدئية، والقصيرة، والفردية، والجماعية، والمقيدة أو المقننة، والمطلقة أو الحرة، وغير الموجهة، والموجهة.

ومن أهم عوامل نجاح المقابلة جعلها موقف تعلم.

ويتم إجراء المقابلة فى خطوات وعلى مراحل مرنة أهمها: الإعداد، وتحديد الزمان والمكان، والبدء، وتكوين الألفة، والملاحظة، والتقبل، والتوضيح، والأسئلة، والكلام، والتسجيل، وإنهاء المقابلة.

الملاحظة:

ويقصد بها الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالى للعميل ولسلوكه فى مواقف الحياة اليومية ومواقف التفاعل الاجتماعى، وفى مواقف الإحباط والمسئولية الاجتماعية، والقيادة والتبعية، والمناسبات الاجتماعية، بحيث يتضمن ذلك عينات سلوكية لها مغزى فى حياة العميل. وتهدف الملاحظة إلى الحصول على معلومات عن سلوك العميل وتفسير السلوك الملاحظ وإصدار توصيات بشأنه.

والملاحظة أنواع منها: الملاحظة المباشرة، وغير المباشرة، والعرضية أو الصدفية، والدورية، والمقيدة.

ومن عوامل نجاح الملاحظة: الموضوعية، والدقة، والخبرة، والشمول لعينات سلوكية متنوعة، وانتقاء السلوك المتكرر وملاحظته.

ويتم إجراء الملاحظة فى خطوات أبرزها: الإعداد، وتحديد الزمان والمكان، وإعداد دليل الملاحظة، واختيار عينات سلوكية ممثلة للملاحظة، والقيام بعملية الملاحظة والتسجيل، والتفسير.

دراسة الحالة:

وهى وسيلة جمع معلومات وأسلوب جمع معلومات تم جمعها بالوسائل الأخرى.

وتضم دراسة الحالة كل المعلومات التى تجمع عن الحالة، وهى تحليل دقيق للموقف العام للحالة. والحالة قد تكون فرداً أو أسرة أو جماعة. ودراسة الحالة بحث شامل لأهم عناصر حياة العميل فى حاضره وماضيه، وهدفها الرئيسى هو تجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها ووزنها كلينيكياً.

وتعتبر دراسة تاريخ الحالة أو تاريخ الحياة وحتى تطلعات المستقبل جزءاً من دراسة الحالة.

ومن عوامل نجاح دراسة الحالة: التنظيم، والدقة ، والاعتدال، والاهتمام بالتسجيل والاقتصاد.

ويمكن وضع إطار لدراسة الحالة يتضمن: الشخصية، والحالة الجسمية والصحية، والحالة العقلية المعرفية، والنواحى الاجتماعية، والانفعالية، وتطور النمو، والنواحى العامة، والمشكلة، والملخص العام، والتفسير، والتشخيص، والتوصيات، والمتابعة.

مؤتمر الحالة:

ويعرف أحياناً باسم «مناقشة الحالة»، وهو اجتماع مناقشة خاص يضم فريق الإرشاد كله أو بعضه، ويضم كل أو بعض من يهمهم أمر العميل، وكل أو بعض من لديه معلومات خاصة به، وعادة يتولى إدارته المرشد.

ومن أنواع مؤتمر الحالة: مؤتمر الحالة الواحدة، ومؤتمر الحالات، ومؤتمر الأخصائيين، ومؤتمر الأخصائيين وغير الأخصائيين، ومؤتمر المرشد والعميل والوالد.

ومن عوامل نجاح مؤتمر الحالة: عقده فى حالات الضرورة فقط، وضرورة موافقة العميل، ومراعاة المعايير الأخلاقية، والحضور الاختيارى، واهتمام الحاضرين، والجو غير الرسمى، ومراعاة التخصصات.

ويتطلب عقد المؤتمر اتخاذ خطوات هامة هى: الإعداد، والافتتاح، وجلسة المؤتمر، والختام.

الاختبارات والمقاييس:

هى من أهم وسائل جمع المعلومات التى يلجأ إليها المرشد.

ولابد أن تتوافر شروط استخدام الاختبارات والمقاييس مثل: الصدق، والثبات، والتقنين، والموضوعية، وإظهار الفروق الفردية، وسهولة الاستخدام، وتعدد الاختبارات، والاعتدال فى الاختبارات، والاحتراس من أثر الهالة.

ويتطلب إجراء الاختبارات والمقاييس النفسية مراعاة بعض الأمور الأساسية حتى يأتى الإجراء سليماً ومحققاً للهدف. ومن هذه الأمور: اختيار الاختبارات، واختيار الأخصائى، وإثارة دافعية

المفحوص، وإعداد المكان المناسب والمناخ النفسى الملائم، والالتزام بتعليمات الإجراء، وتقرير النتائج وتفسيرها بدقة.

ومعروف أن الاختبارات والمقاييس تتنوع فنجد منها : اختبارات ومقاييس الذكاء، والقدرات، والتحصيل، والشخصية، والميول، والقيم، والاتجاهات، والتشخيص، والتوافق، والصحة النفسية، والإرشاد النفسى، وغيرها.

وكل هذه الاختبارات والمقاييس تتنوع ، فمنها: الاختبارات والمقاييس التحريرية، واللفظية، وغير اللفظية، والعملية، والأجهزة، والجماعية، والفردية، واختبارات السرعة، والقوة، وهكذا.

الفحوص والبحوث:

هى فحوص وبحوث متخصصة لجمع المعلومات الخاصة اللازمة لعملية الإرشاد النفسى، ويقوم بها أخصائيون فى الميدان النفسى والاجتماعى والطبى، وتنتهى عادة بتقارير تلخص أهم ما تم التوصل إليه مع العميل أو عنه.

ومن أهم الفحوص والبحوث اللازمة: الفحص النفسى، والبحث الاجتماعى، والفحص الطبى، والفحص العصبى. وتعطى هذه الفحوص والبحوث تقارير نفسية، واجتماعية، وطبية، وعصبية.

السيرة الشخصية:

يستخدم مصطلح السيرة الشخصية فى ترادف مع مصطلح «التقرير الذاتى». ويمكن القول إننا بصدد الكلام عن «التقرير الذاتى عن السيرة الشخصية». ويمكن تحديد عنوان عام هو «قصة الحياة» أو «رواية الحياة».

والسيرة الشخصية هى تقرير ذاتى يكتبه العميل عن ذاته بقلمه، ويتناول معظم جوانب حياته مثل قصة حياته فى الماضى والحاضر، وتاريخه الشخصى والأسرى والتربوى والجنسى والخبرات والأحداث الهامة، والمشاعر والأفكار والانفعالات والاتجاهات والميول والهوايات والقيم والأهداف والمطامح والآمال وخطط المستقبل وفلسفة الحياة وأسلوبها، والمشكلات والإحباطات والصراعات والحرمانات، ومستوى التوافق، والعلاقات الاجتماعية، ومفهوم الذات.

ومن أنواع السيرة الشخصية: الشاملة، والمركزة حول موضوع، والمحددة، وغير المحددة، وفى الماضى، وفى الحاضر، وفى المستقبل. وتصنف السيرة الشخصية حسب محتواها إلى: تاريخ الحياة، ودفاع عن الذات، وتحليل الذات، واعتراف.

وتتنوع مصادر السيرة الشخصية، ونجد منها: الكتابة المباشرة، والمفكرات الشخصية، والمذكرات اليومية، والمذكرات الخاصة، والمستندات الشخصية، والإنتاج الأدبى، والإنتاج الفنى.

ومن عوامل نجاح السيرة الشخصية: استعداد العميل، ومسئوليته، وصدقه، والترتيب الزمنى، والاعتدال فى الكتابة، والتأريخ والتحديد، والسرية.

ومن إجراءات السيرة الشخصية: الإعداد، وتقديم دليل الكتابة، وإعداد المكان، وكتابة السيرة، ومناقشتها، وتفسيرها، وتحليلها.

مصادر المجتمع:

هى مصادر أو موارد أو مراجع اجتماعية موجودة فى البيئة المحلية، بها معلومات عن العميل تفيد فى عملية الإرشاد. ومن هذه المصادر مؤسسات ومنظمات وجماعات، منها ما هو رسمى ومنها ما هو غير رسمى أو أهلى، ومنها ما هو متخصص، ومنها ما هو غير متخصص.

ومن أهم مصادر المجتمع: الأسرة، والهيئات التربوية، والعيادات النفسية، والمؤسسات الاجتماعية، ومكاتب العمل، ومنظمات رعاية الشباب، ونوادى ومراكز خدمة البيئة، والجماعات الدينية، والمحاكم والسلطات التنفيذية، والمستشفيات.

ومن شروط نجاح الاتصال بمصادر المجتمع والحصول منها على المعلومات اللازمة لعملية الإرشاد: التعرف عليها، وتعريف العميل الحاجة إلى المعلومات منها، والتأكد من المعلومات، وتبادل الإفادة معها.

ويجب العمل على جعل الاتصال مستمراً بين مركز الإرشاد وجميع مصادر المجتمع.

السجل القصصى:

ويطلق عليه أحياناً «السجل القصصى الواقعى» أو « السجل القصصى المشهدى». وهو تسجيل موضوعى لواقعة أو مشهد من سلوك العميل فى الواقع فى موقف معين كما هو كقصة واقعية، وقد يليه تعليق وتفسير لما حدث، ثم توصيات.

ويتوقف نجاح السجل القصى على مراعاة بعض الشروط: تعدد التسجيلات، وحسن الاختيار، والتدريب.

وفى إجراء السجل القصصى يتم التسجيل الوقتى، ويحتوى على وصف السلوك فى كتابة مختصرة، وتجمع السجلات القصصية لتغطى عينة سلوكية متنوعة، ويتم تفسير السجلات القصصية فى ضوء بعضها البعض وفى ضوء المعلومات المجموعة بالوسائل الأخرى.

السجل المجمع:

السجل المجمع أو السجل التراكمى هو سجل مكتوب يجمع ويلخص المعلومات التى جمعت عن العميل عن طريق كافة الوسائل فى شكل متجمع تتبعى تراكمى، وفى ترتيب زمنى، وعلى مدى بضع سنوات قد تغطى تاريخ حياة العميل الدراسية مثلاً، وهو بهذا يعتبر مخزن معلومات عن العميل يتضمن أكبر قدر من المعلومات فى أقل حيز ممكن،

وهناك نوعان من السجل المجمع هما: السجل ذو الصفحة الواحدة، والمتعدد الصفحات.

ولكى يفيد السجل المجمع فى عملية الإرشاد يجب أن تراعى فيه شروط مثل: الشمول، والانتقاء، والاستمرار، والمعيارية، والبساطة، والتنظيم، والحفظ، والسرية.

ويسترشد فى إعداد السجل المجمع بالشروط الواجب توافرها فيه حتى يحقق أهدافه، ومن أهمها: جودة إعداده، وتوحيد صورته، وإعداد دليل لملئه، وتدريب العاملين على إدخال المعلومات به والإفادة منها.

عملية الإرشاد النفسى

معالم عملية الإرشاد النفسى:

كل ما سبق يمكن اعتباره تمهيداً لعملية الإرشاد النفسى التى تعتبر بمثابة التطبيق العملى للتوجيه النفسى، بكل ما له من أسس ونظريات وما يتوافر فيه من وسائل.

ويلاحظ التشابه الكبير بين عملية الإرشاد النفسى وعملية العلاج النفسى. ويلاحظ أن الفرق بينهما هو فرق فى العميل وليس فى العملية، وفرق فى الدرجة وليس فى النوع.

وعملية الإرشاد النفسى هى عملية مساعدة العميل ليساعد نفسه، وذلك بفهم نفسه وتنمية شخصيته ليحقق التوافق مع بيئته ويستغل إمكاناته على خير وجه بحيث يصبح أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسى فى المستقبل، وتستخدم فيها طرق نفسية لحل المشكلات وعلاج الاضطرابات السلوكية التى يعانى منها العميل.

الإعداد للعملية:

عملية الإرشاد النفسى عملية كبيرة، ولابد لها من إعداد من جانب المرشد، ويتضمن ذلك استعداده لها، وإعداده للعميل، ومعرفة توقعاته، وتقديم عملية الإرشاد النفسى له، وتنمية مسئوليته إزاء العملية.

تحديد الأهداف:

الهدف الرئيس لعملية الإرشاد النفسى هدف علاجى. ويجب أن يحدد المرشد والعميل أهداف عملية الإرشاد، فيحددا الأهداف العامة، والأهداف المبدئية (القابلة للتعديل)، والأهداف الخاصة، والأهداف الإجرائية، حتى يمكن توجيه عملية الإرشاد لتحقيقها.

تحديد العملية:

يحدد البعض عملية الإرشاد النفسى إجرائياً بأنها كل ما يحدث بين مرشد نفسى وبين عميل أو أكثر، ويحددها البعض فى ضوء أهم معالمها بأنها عملية تعلم ونمو، وليست تقديم حلول جاهزة.

جمع المعلومات:

ويطلق عليها أيضاً «إجراء الفحص». وهنا يتم جمع المعلومات اللازمة عن العميل وعن مشكلته وبيئته. ويجب تجميع وتلخيص خلاصة المعلومات المرتبطة بالمشكلة والتوصيات الخاصة بها لاستخدامها فى عملية الإرشاد.

التشخيص وتحديد المشكلة:

ويقصد به تعرف المشكلة أو الاضطراب أو المرض وتعيينه وتسميته. ويقوم التشخيص وتحديد المشكلة على أساس نتائج عملية الفحص وجمع المعلومات.

ويلزم لإجراء التشخيص الاهتمام بتهيئة العميل، وتحديد الأسباب، وتحديد الأعراض وتفسير المعلومات، وإجراء التشخيص الفارق.

ومن أهم عوامل نجاح التشخيص: الفحص الدقيق، والتدريب والخبرة.

تحديد المآل:

وهو تحديد مستقبل المشكلة أو الاضطراب أو المرض فى ضوء الفحص الذى يتناول ماضى وحاضر العميل والمشكلة، وعلى هدِى التشخيص الذى يتناول حاضر العميل والمشكلة مع نظرة مستقبلية. أى أن المآل هو التنبؤ بمستقبل حالة العميل ومدى النجاح المحتمل إن شاء الله، ثم إذا تساوت العوامل المؤثرة والظروف المحيطة بعملية الإرشاد.

الجلسات الإرشادية:

وهى الجلسات المهنية التى تتم فيها العلاقة الإرشادية، وتحدث فيها كل إجراءات العملية

الإرشادية التالية مثل التداعى الحر والتنفيس الانفعالى والاستبصار والتعلم والنمو وتغير الشخصية واتخاذ القرارات وحل المشكلات والمشورة وتعديل السلوك.

ومن عوامل نجاح الجلسة الإرشادية: الاستعداد للمساعدة، والألفة، والتقبل، والمشاركة الانفعالية، والتركيز، والحكمة، والتلقائية، وحسن الإصغاء، وبيع الصداقة، والثقة المتبادلة، والمسئولية المشتركة، ومظهر المرشد، وتحديد المواعيد والزمان والمكان.

وتتم العلاقة الإرشادية المهنية فى مناخ نفسى إرشادى مناسب فى الجلسات الإرشادية. ومن مظاهر المناخ النفسى الصحى اللازم لعملية الإرشاد النفسى: السرية والخصوصية، والتسامح، والاحترام، والدفء.

التداعى الحر:

ويسمى أيضاً «الترابط الطليق»، حيث يترك المرشد للعميل الحرية فى أن يطلق العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته تسترسل تلقائياً دون تخطيط أو اختيار أو تحفظ ودون قيد أو شرط، ويطلق العنان بحرية للأفكار تتداعى وتترابط بطلاقة مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو بغيضة أو مؤلمة أو غريبة.

وأثناء التداعى الحر يكون المرشد يقظاً لتعبيرات العميل وفلتات لسانه.

ويؤدى التداعى الحر إلى استخراج الخبرات اللاشعورية إلى حيز الشعور والإدراك الشعورى، وعندما يتم ذلك، يعمل المرشد على تدعيم ذات العميل وسيطرته على القلق، وبعد ذلك يتم تفسير ما كشف عنه التداعى الحر.

التفسير:

وهو إعطاء معنى للمعلومات، وهو إجابة عن «لماذا؟» و«كيف؟» هذه المعلومات.

ويهدف التفسير إلى إيضاح ما ليس واضحاً وفهم وإفهام ما ليس مفهوماً.

ومن أنواع التفسير: التفسير العام، والخاص، والصامت.

ويقوم بالتفسير كل من المرشد والعميل. ويحتاج التفسير إلى علم وخبرة.

ويتناول التفسير المعلومات التى تم جمعها، وأسباب المشكلة وأعراضها، ونماذج من سلوك العميل، وديناميات العلاقة الإرشادية والتفاعل الاجتماعى، والمشاعر والأفكار والرغبات والاتجاهات، والصراعات والتوريات، والمنسيات، وطوارئ عملية الإرشاد.

ومن عوامل نجاح التفسير: الوضوح، والإيضاح، والتدرج، والشمول والدقة، والإقناع.

التنفيس الانفعالى:

ويعرف أيضاً باسم «التفريغ أو التطهير الانفعالى». ويقصد به التنفيس عن المواد والخبرات المشحونة انفعالياً وتفريغ الشحنات الانفعالية وتطهيرها.

ومن وسائل التنفيس الانفعالى: التداعى الحر، والشرح والتفسير.

ومما يساعد على نجاح عملية التنفيس الانفعالى: توثيق العلاقة الإرشادية السليمة، وتهيئة مناخ نفسى مناسب.

ويفيد التنفيس الانفعالى فى تخفيف ضغط الكبت والتخلص من التوتر الانفعالى وإزاحة الحمولة النفسية الانفعالية الزائدة عن كاهل العميل.

الاستبصار:

هو فهم النفس ومعرفة الذات والاستعدادات والقدرات والانفعالات والدوافع ومصادر الاضطراب والمشكلات وإمكانات حلها، ومعرفة الإيجابيات والسلبيات ونواحى القوة والضعف.

ويعمل المرشد على نمو الاستبصار عند العميل، وتقبله لذاته، وفهم الواقع وتقبله والتوافق معه، ونمو الإرادة، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة، وتحويل نقاط الضعف إلى نقاط قوة.

ولكى يقوم المرشد بدوره فى إجراءات الاستبصار، فعليه أن يكون مثله كمثل المرآة ليرى العميل نفسه بطريقة أوضح وبدرجة أفضل.

التعلم:

تعتبر عملية الإرشاد النفسى كلها عملية تعلم وتغير سلوك نتيجة للخبرة والممارسة. ويتم من خلال عملية الإرشاد تعلم أساليب تفكير جديدة وعادات سلوكية جديدة.

ويعمل المرشد على توفير مواقف تعلم تتوافر فيها شروط التعلم الجيد. وهنا يقرب موقف المرشد من موقف المعلم.

ومن فوائد التعلم فى عملية الإرشاد تعلم العميل مهارات توافقية ومهارات حل مشكلاته بنفسه.

تعديل وتغيير السلوك:

ويتضمن إجراء تعديل وتغيير السلوك عملية محو تعلم وإعادة تعلم. وهنا يتم محو تعلم السلوك الخاطئ غير السوى أو غير المتوافق، أو غير المرغوب، وذلك بالعمل على إطفائه

والتخلص منه، ويلى ذلك إعادة التعلم من جديد لأنماط سلوكية تحل محل الأنماط السلوكية التى محيت.

وفى إجراء تعديل وتغيير السلوك يتم تحديد السلوك المطلوب تعديله وتغييره، وتحديد الظروف التى يحدث فيها، وتحديد العوامل المسئولة عن استمراره، واختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها، وإعداد جدول لإعادة التعلم والتدريب، وتعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب، وتعديل الظروف البيئية. وينتهى الأمر عند الوصول إلى السلوك المعدل المطلوب.

ومن فوائد تعديل وتغيير السلوك: تعديل مفهوم الذات، والانفعالات غير السوية، و الأفكار والمعتقدات والاتجاهات وهكذا.

النمو وتغير الشخصية:

وهنا يكون التركيز على إحداث النمو النفسى العادى نحو النضج وتغير شخصية العميل تقدماً نحو التكامل وظيفياً ودينامياً.

ويتضمن تحقيق النمو تحسين العوامل التى تؤثر فيه، والتغلب على العوامل التى تعوقه.

اتخاذ القرارات:

يتحدث البعض عن الإرشاد كعملية اتخاذ قرارات، ومساعدة العميل فى اتخاذ القرارات. والعميل له كامل الحق فى اتخاذ قراراته بنفسه لنفسه.

ويمر اتخاذ القرار بخطوات منها: تحديد الهدف، وتجميع المعلومات، وتحليلها، وتحديد البدائل، وتقييمها، واختيار أنسبها، أى اتخاذ القرار.

وفى عملية الإرشاد يتم تعليم العميل مهارة اتخاذ القرارات بصفة عامة. ومن الأمثلة الهامة فى حياة كل فرد قرار المهنة وقرار الزواج.

حل المشكلات:

يتحدث البعض عن الإرشاد كعملية حل المشكلات، حيث يتم تعليم العميل كيف يحل ما قد يطرأ عليه من مشكلات مستقلاً مستقبلاً.

ويمكن اعتبار حل المشكلة التى جاء بها العميل كنموذج أو عينة أو تدريب له حتى يستطيع حل مشكلاته الأخرى بنفسه مستقبلاً، مستفيداً بخبرة عملية الإرشاد.

ويتم حل المشكلة بنجاح عن طريق تحديدها ودراستها واستعراض المحاولات السابقة لحلها

وأسباب إخفاقها، واقتراح عدد من الحلول والحلول البديلة المناسبة واختيار الحل الأمثل، وتنفيذه.

التشاور:

يقوم المرشد بالتشاور والتعاون مع زملائه من الأخصائيين من أجل مصلحة العميل.

ويعتبر المرشد بمثابة حكيم وخبير يستطيع أن يقدم المشورة والنصح للعميل بطريقة «خذها أو اتركها» بحيث تكون العملية أقرب إلى التشاور المشترك، وفى حالة الاقتناع يكون التنفيذ.

التقييم:

وهنا يتم تقييم علمية الإرشاد فى ضوء نتائجها وآثارها، ويشمل ذلك ظروف عملية الإرشاد وإجراءاتها وجهود كل من المرشد والعميل.

ويشترك فى تقييم عملية الإرشاد كل من المرشد وزملائه والعميل، وقد يشترك معهم بعض الأخصائيين الآخرين والوالدين وحتى الرفاق ومن يهمهم أمر العميل.

ويهدف التقييم إلى تقدير كمى وكيفى لقيمة عملية الإرشاد ومدى تحقيقها لأهدافها.

وهناك طرق ووسائل عديدة لتقييم عملية الإرشاد منها: التقييم التجريبى، والتقييم العام، حيث تستخدم التقارير الذاتية ومقاييس التقدير وقوائم المراجعة وملاحظة السلوك.

الإنهاء:

عندما تتم الإجراءات السابقة، وعندما يدل تقييم عملية الإرشاد على نجاحها تنتهى العملية.

ويحتاج إنهاء عملية الإرشاد إلى مهارة خاصة كما يحتاج بدؤها وإنجازها.

ويجب لفت نظر العميل إلى أنه سيكون هناك عملية متابعة.

المتابعة:

ويقصد بها تتبع مدى تقدم وتحسن حالة العميل الذى تم إرشاده، وهى متابعة منظمة لما تم إنجازه أثناء عملية الإرشاد، أى أن موضوعها هو: ماذا بعد عملية الإرشاد؟

وتهدف المتابعة إلى التأكد من استمرار تقدم الحالة.

طوارئ عملية الإرشاد:

فى أغلب الأحيان تمر عملية الإرشاد النفسى بسلام وتحقق أهدافها وتنتهى على خير. وفى بعض الأحيان قد تعترضها بعض الطوارئ التى تعوقها أو تهددها أو توقفها أو تسبب فشلها.

وفيما يلى أهم هذه الطوارئ:

* المقاومة : وهى قوة لا شعورية مضادة لعملية الإرشاد من جانب العميل. وتهدف المقاومة إلى الحيلولة دون ظهور المواد المكبوتة فى اللاشعور إلى حيز الشعور، وإلى مقاومة الكشف عن محتوى مفهوم الذات الخاص، وإلى مقاومة التغير الذى يحدث نتيجة لعملية الإرشاد. وتظهر المقاومة بصفة خاصة عند العميل غير المقبل على عملية الإرشاد أو ما يطلق عليه «العميل المقاوم». ومن مظاهر المقاومة: الامتناع عن الحديث، والانصراف عن المرشد واللف والدوران والمعارضة، والتشكيك فى قيمة الإرشاد، والتأخر عن الجلسات ونسيان مواعيدها. ويجب على المرشد مقاومة المقاومة بمجرد ظهورها، وهذا يعرف باسم «تحليل المقاومة».

* التحويل : وهو تحويل الانفعال من موضوع إلى موضوع آخر. وهو تحويل العميل لانفعالاته الخاصة بالآخرين وتركيزها على المرشد باعتباره الشخص المتاح. ويكشف التحويل عن أعماق تجارب العميل الانفعالية. ومن أنواعه: التحويل الموجب الذى يتسم بالحب والإعجاب من جانب العميل تجاه المرشد، والتحويل السالب الذى يتسم بالكراهية والنفور، والتحويل المختلط الذى يجمع بين الموجب والسالب. ويجب على المرشد تحليل التحويل، وذلك بتفسيره وإيضاح أن انفعالاته هذه ليس مصدرها الوقت الراهن ولا صلة لها بشخص المرشد الذى أسقطت على شخصه.

* الإحالة : وهى إحالة العميل إلى أخصائى آخر أو إلى جهة اختصاص أخرى لفحصه أو تقديم خدمات نفسية متخصصة غير متوافرة لدى المرشد أو فى مركز الإرشاد. وقد تكون إحالة جزئية أو كلية. وقد يظن العميل أن فى الإحالة نوعاً من التخلى عنه أو يأساً من حالته. وهنا يجب إقناع العميل بضرورة الإحالة وأنها فى صالحه.

مشكلات فى عملية الإرشاد :

قد تعترض عملية الإرشاد بعض المشكلات فتؤثر فى سيرها أو فى تحقيق أهدافها.

ومن أهم المشكلات : فشل عملية الإرشاد، وظهور مضاعفات للإرشاد غير الناجح، والإحالة الإجبارية للعميل للإرشاد، والاتجاهات السالبة لدى الوالدين وأولياء الأمور، وبعض المفاهيم الخاطئة لدى العميل عن عملية الإرشاد، أو انخفاض القدرة العقلية العامة للعميل، أو صغر سنه، أو كبره، وسوء ظروف مركز الإرشاد، وتعارض المواعيد مع عمل العميل، وزيادة التكاليف، وممارسة غير المختصين والأدعياء للإرشاد النفسى، ومحاولة بعض العملاء ممارسة الإرشاد الذاتى بغير علم، وإرشاد الأقارب والأصدقاء.

ويجب على المرشد العمل على حل هذه المشكلات والتغلب عليها.

مكان عملية الإرشاد :

تتم عملية الإرشاد عادة فى عيادة أو مركز الإرشاد النفسى، حيث يتم استقبال العميل وإجراء فحص ودراسة وتشخيص حالته، وتتم الجلسات الإرشادية.

ويجب أن يكون فى مركز الإرشاد هيئة كاملة من أعضاء فريق الإرشاد النفسى.

ويتألف المركز عادة من قاعات استقبال الحالات وحجرات خاصة بالاختبارات والمقاييس النفسية، وحجرات خاصة بأعضاء فريق الإرشاد ضماناً للخصوصية والسرية.

طرق الإرشاد النفسى :

تتعدد طرق الإرشاد النفسى، وترتبط كل منها بإحدى نظريات الإرشاد أو الشخصية.

الإرشاد الفردى:

هو إرشاد عميل واحد وجهاً لوجه فى كل مرة. وتعتمد فعاليته على العلاقة الإرشادية المهنية بين المرشد والعميل.

ويستخدم الإرشاد الفردى مع الحالات ذات المشكلات التى يغلب عليها الطابع الفردى والخاصة جداً.

والإرشاد الفردى هو تطبيق عملى لكل إجراءات عملية الإرشاد مع عميل واحد.

الإرشاد الجماعى:

هو إرشاد عدد من العملاء الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معاً فى جماعات صغيرة، كما يحدث فى جماعة إرشادية أو فى فصل.

ويعتبر الإرشاد الجماعى عملية تربوية، ويقوم على أسس نفسية اجتماعية، ويعتمد على القوى الإرشادية للجماعة مثل: أثر التفاعل الاجتماعى، والخبرة الاجتماعية، والأمن فى الجماعة، وجاذبية الجماعة، وأهمية المسايرة.

ويتراوح عدد أعضاد الجماعة الإرشادية عادة بين ٣ـ١٥ عميلاً يحسن أن يكونوا متجانسين عقلياً واجتماعياً.

وتتعد أساليب الإرشاد الجماعى، ومنها :

التمثيل النفسيى المسرحى (السيكودراما) : أو التمثيلية النفسية أو تمثيلية المشكلات النفسية أو الإرشاد بالتمثيليات النفسية. وهو تصوير تمثيلى مسرحى لمشكلات نفسية فى شكل تعبير حر فى

موقف جماعى يتيح فرصة التنفيس الانفعالى التلقائى والاستبصار الذاتى. أما عن موضوع التمثيلية النفسية فإن القصة تدور حول خبرات العملاء، ويؤلفها العملاء، ويلعبون الأدوار، ويقومون بالإخراج. وبعد التمثيل تتم مناقشة أحداث التمثيلية والتعليق عليها ونقدها بما يحقق استبصار العملاء وتعديل السلوك. وقد ابتكر هذا الأسلوب يعقوب مورينو Moreno.

التمثيل الاجتماعى المسرحى (السوسيودراما) : وهو توأم السيكودراما، ولكنه يركز على المشكلات الاجتماعية بصفة عامة. ويطلق عليه أحياناً اسم «لعب الأدوار».

المحاضرات والمناقشات الجماعية: وهى نوع من الإرشاد الجماعى التعليمى. وتعتمد على إلقاء محاضرات سهلة على العملاء يتخللها ويليها مناقشات. وتهدف المحاضرات والمناقشات الجماعية إلى تغيير الاتجاهات لدى العملاء. ومن رواد هذا الأسلوب ماكسويل جونز Jones. وأما موضوعات المحاضرات والمناقشات فقد تكون الموضوعات عن : الصحة النفسية والمرض النفسى والمشكلات، أو حالة افتراضية وما شاكل ذلك. أما المحاضرون فهم عادة المرشد أو أساتذة متخصصون فى علم النفس والطب والدين والاجتماع وغير ذلك. وتستخدم الوسائل المعينة.

النادى الإرشادى : وهو نادى خاص يتم فيه الإرشاد النفسى فى إطار نشاط عملى ترويحى ترفيهى فنى. ومن رواد هذا الأسلوب سلافسون Slavson.

الإرشاد الموجه:

هو إرشاد مباشر ممركز حول المرشد أو حول الحقيقة. وفيه يقوم المرشد بدور إيجابى نشط ويتحمل مسئولية أكبر من تلك التى يتحملها العميل.

ويقوم الإرشاد الموجه على نظرية السمات والعوامل. ورائد هذه الطريقة هو ويليامسون Williamson.

وترتبط طريقة الإرشاد الموجه أكثر بميدان التربية والتعليم لأنها تتضمن قدراً كبيراً من التوجيه وتقديم المعلومات.

والإرشاد الموجه بسيط ومحدد، يدور عادة حول مشكلات محددة واضحة، ويتبع إجراءات فى شكل خطوات لتحقيق أهدافه. ويأتى العميل إلى المرشد بمشكلته ويتبع المرشد معه خطوات محددة مثل: التحليل، والتركيب، والتشخيص، والتنبؤ، والإرشاد الفردى، والمتابعة.

الإرشاد غير الموجه:

ويسمى أحياناً الإرشاد غير المباشر أو الإرشاد المركز حول العميل أو الإرشاد المركز حول الشخص، أى الذى يضع العميل فى مركز دائرة الاهتمام.

وشيخ هذه الطريقة هو كارل روجرز Rogers. وقد لخص الطريقة فى إقامة علاقة إرشادية وتهيئة مناخ نفسى يمكن العميل من أن يحقق هو أفضل نمو نفسى.

ويقوم الإرشاد غير الموجه على أساس نظرية الذات. ومن أهم خصائصه: التمركز حول العميل، وحياد المرشد فى علاقته مع العميل الأكثر نشاطاً، بحيث يتحقق مفهوم موجب للذات، بما يؤدى إلى التوافق والصحة النفسية.

الإرشاد الدينى:

وهو إرشاد يقوم على أسس ومبادئ ومفاهيم وأساليب دينية روحية أخلاقية.

ومن الأسباب الرئيسة للاضطراب النفسى من وجهة نظر الدين: الذنوب، والضلال، والصراع، وضعف الضمير. ومن أعراض الاضطرابات النفسية فى رأى الدين: الانحراف، والشعور بالإثم، والخوف، والقلق والاكتئاب.

ويوجه المرشد اهتماماً كبيراً إلى الإرشاد الدينى الوقائى. ولأغراض الوقاية وتحقيق التوافق والصحة النفسية يجب الاهتمام ببناء ونمو شخصية المسلم كما حددها الدين الإسلامى باعتباره خاتم الأديان ويصدق ما قبله. وأهم معالم الوقاية الدينية من الاضطراب النفسى: الإيمان والتربية الدينية، ويتضمن الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقدر واليوم الآخر وحب الله وتقواه وخشيته وشكره، ومنها التدين والسلوك الدينى، ويتضمن عبادة الله والإخلاص لله، والمسئولية والبعد عن الحرام والعزة والقوة، ومنها الأخلاق والسلوك الأخلاقى ويتضمن الاستقامة وإصلاح النفس وتزكيتها وضبطها والصدق والأمانة والتواضع ومعاشرة الأخيار والكلام الحسن واحترام الغير والإصلاح بين الناس وحسن الظن والتعاون والاعتدال والإيثار والعفو والعفة والإحسان والسلام والضمير.

وأهم معالم طريقة الإرشاد الدينى: الاعتراف، والتوبة، والاستبصار، والتعلم، والدعاء، وابتغاء رحمة الله، والاستغفار، وذكر الله، والصبر، والتوكل على الله.

وأفضل استخدام للإرشاد الدينى هو فى تناول المشكلات ذات الطابع الدينى.

الإرشاد السلوكى:

يقوم الإرشاد السلوكى على أسس نظريات التعلم بصفة عامة والتعلم الشرطى بصفة خاصة. ويطلق على الإرشاد السلوكى أحياناً «إرشاد التعلم». ومن أقطابه لازاروس Lazarus.

ويهدف الإرشاد السلوكى إلى تغيير وتعديل وضبط السلوك مباشرة. ومن إجراءات الإرشاد

السلوكى: تحديد السلوك المطلوب تعديله أو تغييره أو ضبطه، وتحديد الظروف والخبرات والمواقف التى يحدث فيها السلوك المضطرب، وتحديد العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب، واختيار الظروف التى يمكن تعديلها أو تغييرها أو ضبطها، وإعداد جدول التعديل أو التغيير أو الضبط، وتنفيذ خطة التعديل أو التغيير أو الضبط عملياً.

وتتعدد أساليب الإرشاد السلوكى، ومن أهمها:

* التخلص من الحساسية أو «التحصين التدريجى»، ويقصد به التخلص التدريجى من ارتباط السلوك المضطرب بشئ أو حادث معين. ويتم ذلك بتحديد مثيرات السلوك المضطرب وتعريض العميل بتكرار متدرج لهذه المثيرات ـ وهو فى حالة استرخاء ـ حتى لا تنتج الاستجابة المضطربة، ثم يستمر التعرض للمثيرات المتدرجة فى الشدة حتى يتم الوصول إلى عدم استثارتها للاستجابة المضطربة.

* الكف المتبادل: ويقصد به كف كل من نمطين سلوكيين (غير متوافقين) ـ ولكنهما مترابطان ـ وإحلال سلوك متوافق محلهما.

* الإشراط التجنبى: ويعنى تعديل سلوك العميل من الإقدام إلى الإحجام والتجنب.

* التعزيز الموجب «الثواب» : ويعنى إثابة السلوك المطلوب مما يعززه ويؤدى إلى النزعة إلى تكرار نفس السلوك إذا تكرر الموقف.

* التعزيز السالب: ويعنى العمل على ظهور السلوك المطلوب، وذلك بتعريض العميل لمثير غير سار أثناء السلوك غير المرغوب، ثم إزالة المثير غير السار مباشرة بعد ظهور الاستجابة المطلوبة.

* العقاب «الخبرة المنفرة» : وفيه يعرض العميل لعقاب علاجى (كخبرة منفرة) إذا قام بالسلوك غير المرغوب مما يكفه.

* الثواب والعقاب : وهنا يستخدم أسلوبا الثواب والعقاب معاً.

* تدريب الإغفال «الإطفاء» : وفى هذا الأسلوب يحاول المرشد محو السلوك غير المتوافق وذلك بإغفاله (أى غياب التعزيز) حتى ينطفئ السلوك غير المتوافق (أى يتضاءل تدريجياً حتى يختفى).

* الممارسة السالبة: وفى هذا الأسلوب يطلب المرشد من العميل أن يمارس السلوك غير المطلوب بتكرار فتؤدى هذه الممارسة إلى نتائج سالبة (التعب والملل) حتى يصل إلى درجة تشبع لا يستطيع عندها ممارسته مما يقلل احتمال تكرار السلوك غير المرغوب.

* الغمر : وهو عكس التحصين التدريجى. وفى أسلوب الغمر يتم تقديم المثير (مثير المخاوف مثلاً) أو يتم وضع العميل أمام الأمر الواقع فى الخبرة «دفعة واحدة». ويظل الموقف (مع المساندة الانفعالية) حتى يزول التوتر وينخفض القلق أو ينطفئ.

الإرشاد خلال العملية التربوية:

وهو تقديم الخدمات الإرشادية مندمجة فى ومن خلال العملية التربوية ككل فى إطار برنامج محدد بحيث تتفق أهداف العملية الإرشادية مع أهداف العملية التربوية ككل.

ويقوم الإرشاد خلال العملية التربوية على أساس أن التربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه وبتوجيه وإرشاد من المربى. والتربية عملية هامة توجه لإعداد الإنسان الصالح المتوافق الصحيح نفسياً كهدف هام ضمن أهدافها. وهناك تشابه بين العملية التربوية وعملية الإرشاد النفسى هدفاً ووظيفة واستراتيجية ومنهجاً. وهناك الحاجة إلى إدخال برامج الإرشاد النفسى الوقائى إلى جميع المدارس ولجميع التلاميذ. وهناك أمور هامة تحتاج إلى خدمات الإرشاد فى المدرسة مثل مشكلات التعلم وغيرها.

وتتبع كافة الأساليب لدمج خدمات الإرشاد النفسى فى العملية التربوية بكافة أنشطتها من خلال المناهج المدرسية داخل الفصول وخارجها. ومن هذه الأساليب الإرشاد خلال المناهج حيث يتم الجمع بين التربية والإرشاد من خلال المنهج المحورى والوحدات الدراسية واستغلال المواد الدراسية التى ترتبط بمجالات الإرشاد النفسى. وهناك الإرشاد خلال النشاط المدرسى سواء فى ذلك النشاط الثقافى والرياضى والاجتماعى والفنى، ومن خلال نظام الأسر ومجالس الآباء والمعلمين والآباء والمرشدين. وهناك الإرشاد فى الفصول سواء فصول العاديين أو الفصول التى تضم فئات خاصة من الطلاب أو فصلول خاصة للإرشاد الجماعى.

الإرشاد باللعب:

هو طريقة تستخدم فى مجال إرشاد الأطفال، ويفيد فى تعليم الطفل وفى تشخيص مشكلاته وفى علاج اضطرابه السلوكى.

ويقوم الإرشاد باللعب على أساس نظريات اللعب، وعلى أساس أن اللعب هو مهنة الطفل، وأن اللعب حاجة نفسية اجتماعية لابد أن تشبع.

وفى مركز الإرشاد تعد حجرات خاصة للإرشاد باللعب تضم أدوات اللعب المتنوعة.

ويستخدم اللعب فى التشخيص، وتستخدم فى ذلك الملاحظة أثناء اللعب واختبارات اللعب الإسقاطية. ويستخدم اللعب فى الإرشاد لضبط وتوجيه وتصحيح سلوك الطفل، ولدعم النمو، وإشباع حاجات الطفل، وإتاحة فرصة للتعبير والتنفيس الانفعالى ولتحقيق أغراض وقائية.

ومن أساليب الإرشاد باللعب : اللعب الحر، واللعب المحدد، واللعب بطريقة الإرشاد السلوكى.

الإرشاد بالعمل:

هو طريقة تستخدم فى مجال إرشاد الشباب والراشدين والكبار. ويفيد فى تعليم العميل وتشخيص مشكلته وعلاج اضطرابه السلوكى.

ويقوم على أساس أن العمل أمر هام فى حياة الفرد، وأن العمل بأشكاله المختلفة يفيد فى شغل وقت الفراغ بما يفيد، ويخرج الفرد عن الانشغال بنفسه وبأعراضه وبمشكلاته.

والعلاج بالعمل لا يقصد من ورائه الكسب المادى.

ويستخدم العمل فى التشخيص، ويستخدم فى ذلك الملاحظة أثناء العمل. ويستخدم العمل فى الإرشاد لضبط وتوجيه وتصحيح السلوك وإشباع الحاجات وإتاحة فرصة التعبير والتنفيس الانفعالى ولتحقيق أغراض وقائية. وهناك من الكوادر الإرشادية من يتخصصون فى العلاج بالعمل.

الإرشاد ووقت الفراغ:

هو استغلال وقت الفراغ الحر الذى لا يحتاجه الفرد لكسب عيشه، واستخدام نشاط وقت الفراغ فى عملية الإرشاد تشخيصاً وإرشاداً.

ويقوم الإرشاد وقت الفراغ على أسس منها أن وقت الفراغ ليس وقت لهو، وأنه ضرورى للراحة والاستجمام، وأن استغلاله فى نشاط إيجابى أمر واجب، وأن هناك بعض الناس ينقصهم وقت الفراغ، وبعضهم مشكلتهم فى وقت الفراغ.

ويركز الإرشاد النفسى على ترشيد وقت الفراغ بما يفيد فى نمو الشخصية المتكاملة، وذلك عن طريق تشجيع ممارسة الفنون خلال النوادى، والندوات والرحلات وجمعيات النشاط الاجتماعى وبرامج التربية الرياضية والهوايات.

الإرشاد المختصر:

هو إرشاد مكثف قصير الأمد بسيط يقتصر على المهم والضرورى، ويستغرق وقتاً أقصر، ويهدف إلى حصول العميل على أكبر فائدة إرشادية فى أقل وقت ممكن. وهو نموذج نفسى تربوى تعليمى.

وأهم إجراءاته: الاهتمام بالسلوك، والتأثير المتبادل، والمشاركة الوجدانية، والتحديد، والبأورة،

والمواجهة المباشرة (هنا والآن)، ويتم فى ورش سلوك نموذجي، وورش تدريب مصغر على مهارات السلوك النموذجي باستخدام وسائل مثل الفيديو ولعب الأدوار.

ويهتم الإرشاد المختصر بأهم إجراءات عملية الإرشاد مثل التصريف الانفعالى والشرح والتفسير والإقناع المنطقى.

الإرشاد العقلانى الانفعالى:

هو إرشاد مباشر توجيهى يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة العميل لتصحيح معتقداته اللاعقلانية (تحويل معتقدات لا معقولة يصاحبها خلل انفعالى وسلوكى إلى معتقدات يصاحبها ضبط انفعالى وسلوكى). وهو إرشاد مختصر ظاهرياتى، وهدفه نظام المعتقدات (هدم وبناء) لتخفيف القلق وتقبل الذات.

ويقوم الإرشاد العقلانى الانفعالى على أساس أن الإنسان إما عقلانى وفكره معقول وسلوكه عقلانى فيكون صحيحاً نفسياً، وإما لا عقلانى وفكره لا معقول وسلوكه مضطرب فيكون مريضاً.

ومن مسلمات الإرشاد العقلانى الانفعالى أن التفكير والانفعال مترابطان : وأن البيئة وعملية التنشئة تكون التفكير اللامعقول، وأن الإنسان العقلانى فعال وسعيد، وأن الإنسان اللاعقلانى مضطرب انفعالياً وعصبياً، وأن الإنسان قادر على التفكير فى أفكاره.

ومن أشهر رواد الإرشاد العقلانى الانفعالى ألبيرت إليس Ellis.

ويبدأ الإرشاد العقلانى الانفعالى بدراسة الخبرة المنشطة اللاعقلانية هنا والآن، ويركز على نظام المعتقدات والأفكار اللاعقلانية أو اللامنطقية أو الخاطئة أو الخرافية لدى العميل. ويكون العمل هو تحديد نظام المعتقدات اللامعقولة والهجوم عليها بالإقناع وتحويلها من اللامعقول إلى المعقول من خلال إحلال المعتقدات العقلانية والتفكير العلمى محلها.

ويتناول الإرشاد العقلانيى الانفعالى أيضاً النتائج الانفعالية السالبة لنظام المعتقدات اللاعقلانية، ويزيل ويقلل نتائجها فى السلوك.

الإرشاد بالواقع:

وهو بمعنى أدق الإرشاد نحو الواقع. ومن رواده الأوائل ويليام جلاسر Glasser.

ويقوم الإرشاد بالواقع على مفاهيم أساسية (يجب تعلمها وهى: الواقع (أى الخبرات الحقيقية)، والمسئولية (وتحملها هدف أساسى). والثواب والخطأ (كمبدأ أخلاقى يحدد السلوك السوى واللاسوى).

ومن مسلمات الإرشاد بالوقاع: أن السلوك إما صحيح أو خطأ (حسب المعايير)، وأن المشكلات سببها نقص إشباع الحاجات مما يؤدى إلى المعاناة، وأن الحاجات الأساسية أهمها الانتماء والحب والاحترام وتقدير الذات والحاجات الفسيولوچية. وأهم أسباب اضطراب السلوك: نقص إشباع الحاجات، وضعف أو انعدام المسئولية، وإنكار الواقع. وأهم الأعراض: نقص القدرة على إشباع الحاجات الأساسية، وإنكار واقع العالم الحقيقى (كلياً أو جزئياً).

وعلمية الإرشاد بالواقع هى عملية تعليم وتعلم تهدف إلى إشباع الحاجات فى ضوء الواقع (فى العالم الحقيقى)، وعمل ما هو واقعى ومسئول وصواب.

الإرشاد العرضى:

هو إرشاد صدفى طارئ عابر، سريع، مختصر، غير مخطط، ليس له برنامج. وهو إرشاد يستغل أى فرصة تسنح لتقديم أى قدر من الخدمات الإرشادية حتى إذا لم تنفع كثيراً فهى تنفع قليلاً ولا تضر خاصة إذا قدمت فى اللحظة السيكولوچية المناسبة.

ويستخدم الإرشاد العَرضى مع بعض الحالات التى لا يحتاج الأمر فيها إلا إلى إرشاد سريع ومختصر كما فى حالات سوء التوافق الوقتى أو اضطراب الشخصية العابر والانحراف العارض والمواقف الطارئة.

الإرشاد الخيارى:

هو طريقة اختيارية توفيقية بين طرق الإرشاد المختلفة، يأخذ منها بحياد ما يناسب ظروف المرشد والعميل والمشكلة والعملية الإرشادية، بطريقة من كل بستان زهرة ومن كل بحر قطرة.

وهناك أسلوبان أساسيان فى الإرشاد الخيارى هما: الاختيار بين الطرق حين يتعامل المرشد مع جميع الطرق فى حياد دون تحيز لإحداها ويختار بينها فى مرونة، ويجمع بين الطرق ويختار من كل طريقة أفضل وأنسب ما فيها، ويصهرها معاً فى مركب جديد أكثر فائدة من أى منها منفردة وكأنه نحلة تأخذ من كل الثمرات الأطيب ثم يعطى ما فيه شفاء للناس.

مجالات الإرشاد النفسى:

تعدد مجالات الإرشاد:

تتعدد مجالات الإرشاد النفسى، ولكن أشهرها ما يسمى «مثلث الإرشاد» الذى يضم مجالات الإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى.

ويزيد البعض على مثلث الإرشاد مجالات مثل الإرشاد الزواجى والأسرى (وهذه تهم

الأسرة) وإرشاد الأطفال والشباب والكبار (وهذه تقسم على أساس مرحلة النمو)، وإرشاد الفئات الخاصة (ذوى الاحتياجات الخاصة).

الإرشاد العلاجى:

هو مساعدة العميل فى اكتشاف نفسه وفهم وتحليل ذاته ومشكلاته الشخصية والانفعالية والسلوكية، وحل المشكلات وتحقيق التوافق والصحة النفسية.

ومن رواده ويليامسون Williamson، ومن أعلامه روجرز Rogers.

ويهدف إلى دراسة الشخصية، وتوجيه الحياة الوجهة السليمة، وتحقيق التوافق. ويحتاج إليه الشخص العادى الذى يعانى من مشكلات الحياة اليومية، وكذلك الفئات الخاصة لحل مشكلاتهم الخاصة. ويتناول المشكلات الشخصية والانفعالية ومشكلات التوافق ومشكلات السلوك العام.

وتتضمن خدماته كل إجراءات عملية الإرشاد، مع استخدام طرق الإرشاد المناسبة وخدمات مجالات الإرشاد الأخرى وحل المشكلات الشخصية والانفعالية.

الإرشاد التربوى:

وهو مساعدة العميل فى وضع خطط تربوية مناسبة لقدراته وميوله وأهدافه، واختيار دراسة ومناهج ومواد مناسبة، واستكشاف المستقبل التربوى، وتحقيق النجاح التربوى، وحل المشكلات التربوية، وتحقيق التوافق التربوى.

والإرشاد التربوى مسئولية المدرسة ومسئولية المدرس ـ المرشد. وتتكامل أهدافه مع أهداف التربية وأهمها تحقيق النجاح تربوياً وتخطيط المستقبل التربوى. ويحتاج إليه كل الطلاب سواء العاديون والمتخلفون والمتفوقون. ويتناول مشكلات التفوق والتخلف العقلى والتأخر الدراسى، ومشكلات النمو، واختيار الدراسة، ونقص المعلومات، ومشكلات النظام والتسرب، وسوء التوافق التربوى.

ومن أهم خدماته الخدمات الإنمائية والوقائية، والإرشاد الفردى والجماعى، والإرشاد للمعوقين، والمتخلفين عقلياً والمتأخرين دراسياً، وخدمات شئون الطلبة، وخدمات التصنيف.

الإرشاد المهنى:

هو مساعدة العميل فى اختيار مهنة والإعداد لها والدخول فيها والتقدم فيها وحل مشكلات المهنة و تحقيق التوافق المهنى.

وهو أقدم مجالات الإرشاد. ورائده هو بارسونز Parsons.

ومن أهم أهدافه وضع الشخص المناسب فى المكان المناسب.

ومما يؤكد الحاجة إليه أن قرار اختيار المهنة قرار هام فى حياة الفرد، وأن الانتقال من التعليم إلى العمل عملية هامة، خاصة فى عالم القوى العاملة فى مجتمع يشهد تقدماً علمياً وتكنولوچياً مستمراً.

ويتناول مشكلات الاختيار المهنى، والإعداد المهنى، والتوزيع، والالتحاق بالعمل، وسوء التوافق المهنى، والبطالة.

ومن أهم خدماته التربية المهنية، وتحليل العامل والعمل، والاختيار المهنى، والتأهيل والتدريب المهنى، والتشغيل والاستقرار والترقى والتوافق المهنى.

الإرشاد الزواجى:

هو مساعدة العميل فى اختيار زوجة والاستعداد للزواج والدخول والاستقرار والسعادة والتوافق وحل مشكلات الزواج قبله وأثناءه وبعده.

وهدفه تحقيق سعادة الزوجين بالجمع بين أنسب زوجين وحل مشكلات الزواج.

والحاجة ماسة إلى الإرشاد الزواجى، فالزواج فطرة وسنة، والسلوك الزواجى السوى هام وضرورى للتوافق الشخصى والاجتماعى والنفسى.

ويتناول الإرشاد الزواجى مشكلات ما قبل الزواج مثل: العنوسة، والإحجام والإضراب عن الزواج، والتجارب قبل الزواج. ويتناول مشكلات أثناء الزواج مثل العقم وتنظيم النسل وتعدد الزواج والمشكلات الجنسية. ويتناول مشكلات ما بعد الزواج مثل: الطلاق والترمل والزواج الجديد. ويتناول مشكلات الزواج العامة مثل: الزواج غير الناضج أو المتسرع أو الجبرى أو زواج المبادلة وزواج الغش.

ومن خدمات الإرشاد قبل الزواج : التربية الزواجية والاختيار الزواجى ودراسة شخصية العروسين. ومن خدماته أثناء الزواج الخدمات الفردية والجماعية الإنمائية والوقائية والعلاجية لتدعيم الاستقرار الزواجى وتجنب فشله. ومن خدماته بعد انتهاء الزواج تحقيق التوافق والإعداد لاستئناف الزواج. ومن الخدمات العامة : الخدمات النفسية والاجتماعية والطبية اللازمة للحياة الزواجية.

الإرشاد الأسرى:

هو مساعدة العميل والأسرة لفهم الحياة الأسرية ومسئولياتها لتحقيق الاستقرار والتوافق وحل المشكلات الأسرية.

ويهدف إلى سعادة الأسرة واستقرارها واستمرارها، وإلى تحقيق التوافق الأسرى والصحة النفسية للأسرة.

ويتناول المشكلات الأسرية مثل: اضطرب العلاقات الأسرية والإدمان والولدان العصابيان والقدوة السيئة فى الأسرة وعقوق الوالدين والتنشئة الاجتماعية الخاطئة وأثرها، ومركز الطفل فى الأسرة وآثاره السيئة ومشكلات الأولاد غير الأشقاء والمرأة العاملة والتفكك الأسرى وسوء التوافق الأسرى.

ومن خدمات الإرشاد الأسرى: التربية الأسرية والخدمات النفسية والاجتماعية اللازمة بطريقة الإرشاد الجماعى.

إرشاد الأطفال:

هو مساعدة فى رعاية الأطفال نفسياً وتربوياً واجتماعياً وحل مشكلاتهم لتحقيق التوافق السوى الشامل.

ويتناول مشكلات النمو لدى الأطفال مثل: اضطرابات الغذاء والإخراج والكلام والنوم والنظام والجناح والاضطرابات الانفعالية والنفسية الجسمية.

ومن خدمات إرشاد الأطفال الإرشاد العلاجى والتربوى والأسرى والصحى ورعاية النمو والخدمات الاجتماعية واستخدام طريقة الإرشاد باللعب وطريقة الإرشاد الجماعى.

إرشاد الشباب:

هو مساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الشباب نفسياً وتربوياً ومهنياً واجتماعياً وحل مشكلاتهم.

ومرحلة الشباب هى مرحلة انتقال بين الطفولة والرشد، فيها كثير من النمو الطفرى وكثير من المشكلات وتعتبر مرحلة إرشاد تربوى ومهنى وزواجى.

ويهدف إرشاد الشباب إلى تحقيق نمو سليم متكامل، وتوافق سوى شامل.

ويتناول إرشاد الشباب مشكلات مثل: المشكلات الجنسية، والصحية، والانفعالية، والأسرية، والدينية، والأخلاقية، والاجتماعية، والدراسية، والمهنية، والزواجية.

ومن خدمات إرشاد الشباب: رعاية النمو ، والتربية الجنسية، والاجتماعية، والإرشاد الصحى والعلاجى والتربوى والمهنى والدينى والزواجى والأسرى والإرشاد وقت الفراغ والاهتمام بخدمات رعاية الشباب.

إرشاد الكبار:

هو مساعدة فى رعاية وتوجيه الشيوخ نفسياً واجتماعياً ومهنياً وحل مشكلاتهم.

ويهدف إلى جعل الشيخوخة خير سنى العمر وذلك بالعمل على تحقى التوافق النفسى الشامل.

ويتنالو إرشاد الكبار مشكلات مثل: المشكلات الجنسية والعقلية والاجتماعية ومكشلة الوحدة والعيش مع الأولاد والتقاعد والعزوبة والمشكلات الانفعالية.

ومن خدمات إرشاد الكبار الإرشاد العلاجى والمهنى والزواجى والأسرى ووقت الفراغ والرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية خدمات رعاية الشيوخ والمسنين.

إرشاد الفئات الخاصة

هو مساعدة فى رعاية وتوجيه نمو الفئات الخاصة أو ذوى الاحتياجات الخاصة نفسياً وتربوياً ومهنياً وزواجياً وأسرياِ، وحل مشكلاتهم.

ويهدف إلى إزالة آثار الإعاقة وتعديل رد الفعل لها وتحقيق التوافق النفسى الشامل.

والحاجة ماسة إلى إرشاد الفئات الخاصة لأن لهم سيكولوچية خاصة وحاجات ومشكلات خاصة.

ويتناول إرشاد الفئات الخاصة مشكلات عامة مثل: مفهوم الذات السالب والمشكلات الاجتماعية والأسرية والتربوية والمهنية والانفعالية والزواجية. ويتناول كذلك مشكلات المتفوقين والمتخلفين والعميان والصم والمعوقين جسمياً والجانحين.

ومن خدمات إرشاد الفئات الخاصة الخدمات الإرشادية العامة مثل خدمات الإرشاد العلاجى والتربوى والمهنى والأسرى والزواجى والدينى، والخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية. وهناك أيضاً الخدمات : الإرشادية الخاصة للمتفوقين والمتخلفين والصم والعميان والجانحين.

برنامج التوجيه والإرشاد النفسى فى المدرسة:

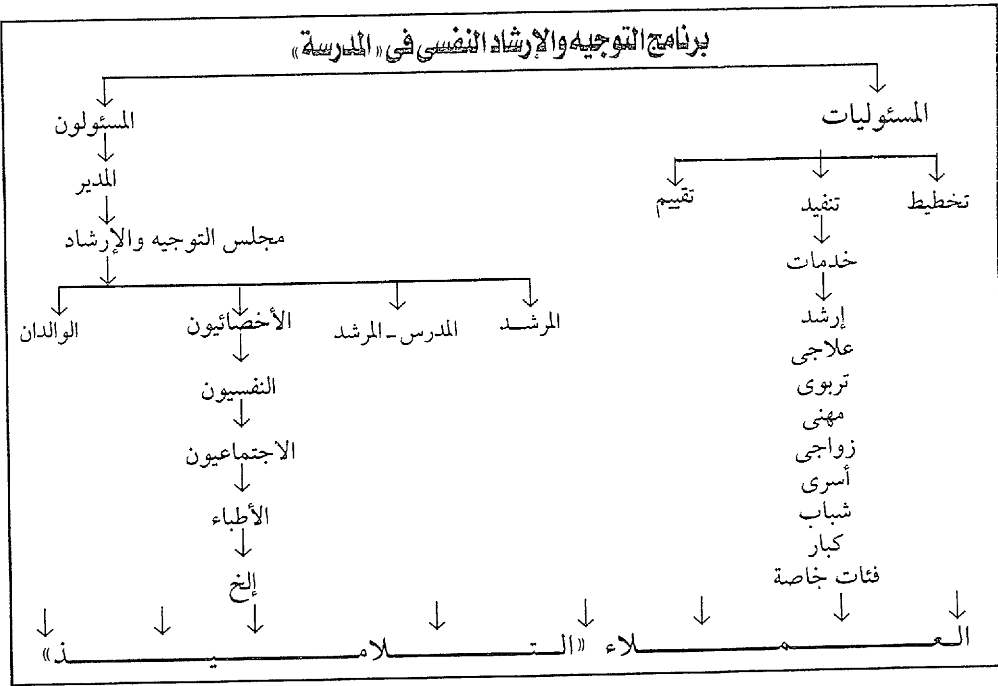
الشكل العامل للبرنامج:

برنامج التوجيه والإرشاد النفسى هو برنامج مخطط منظم لتقديم الخدمات الإرشادية لجميع من تضمهم المدرسة، بهدف مساعدتهم فى تحقيق النمو السوى والقيام بالاختيار الواعى المتعقل ولتحقيق التوافق النفسى داخل المدرسة وخارجها، ويقوم بتخطيطه وتنفيذه وتقييمه لجنة وفريق من المسئولين.

ويحـدد برنامج التوجيه والإرشـاد النفسى: مـاذا، ولماذا، وكيف، ومن، وأين، ومتى علمـية الإرشاد.

وأهم أهداف البرنامج هو تحقيق أهداف التوجيه والإرشاد النفسى.

وفيما يلى الشكل العام لبرنامج التوجيه والإرشاد النفسى «فى المدرسة».



تخطيط البرنامج:

تتلخص خطوات تخطيط البرنامج فى تحـديد أهدافـه، وتحديد الوسـائل والطرق لتـحقيـق الأهداف، وتحـديد الإمكانات، وتحـديد ميـزانية الـبرنامج، وتحـديد الخـدمات، وتحـديد الخطوط العريضـة لتنفيذ البرنامج، وتحـديد إجراءات تقييمه بهدف التقـويم، واتخاذ الاحتيـاطات لمقابلة المشكلات التى قد تطرأ، وتحديد الهيكل الإدارى.

تمويل البرنامج:

يجب أن تحـدد نسبـة معـينة من ميـزانية المـدرسة (مـثلاً) للبـرنامج فى حدود ٥٪ تخـصـص لخدمات الإرشاد النفسى.

خدمات البرنامج:

وأهم الخدمات التى يتـضمنها البرنامج هى عـملية الإرشاد النفسى. وأهم خـدمات البرنامج المتخصصة هى الخدمـات الإرشادية والنفسية. والتربوية والاجتماعية والصـحية، وخدمات البحث العلمى، وخدمات الإحالة والمتابعة، والتدريب أثناد الخدمة، وخدمات البيئة الخارجية.

تنفيذ البرنامج:

بعد أن يتم تخطيط البرنامج وتحديد ميزانيته وخدماته تحدد الخطوط العريضة لتنفيذه بحيث يتم تعاون جميع أعضاء فريق الإرشاد كل فى اختصاصه حسب خطة زمنية محددة.

تقييم البرنامج:

تقييم البرنامج عملية هامة تكشف عن مدى فعاليته ومدى نجاحه أو فشله. وهو عملية يشترك فيها المسئولون عن البرنامج والذين يخدمهم البرنامج. والتقييم عملية مستمرة، تشمل كل إجراءات البرنامج بهدف التقويم أى الإصلاح والتصحيح والتحسين.

ولتقييم برنامج التوجيه والإرشاد يتم إعداد أسئلة للتقييم، وتحدد معايير للتقييم، وتحدد طرق التقييم ووسائله وتستخدم لتحديد فاعلية البرنامج ومدى تحقيقه للأهداف.

المسئولون عن التوجيه والإرشاد النفسى:

المسئولون ومسئولياتهم:

المقصود هنا: من يعمل ماذا ؟. وبرنامج التوجيه والإرشاد النفسى مسئولية يضطلع بها «فريق الإرشاد» أو «لجنة التوجيه» التى تضم كل المختصين والعاملين فى ميدان التوجيه والإرشاد.

ويجب أن يكون العمل كفريق وأن يتحدد مسئولية كل مسئول ودوره الإرشادى.

ويجب أن يتوافر العدد المناسب من المسئولين المتخصصين. وفى حالة نقص العدد فإن المرشد النفسى يقوم بدور «الممارس العام» الذى يؤدى معظم الأدوار الإرشادية.

ومن المسئولين عن التوجيه والإرشاد فى المدرسة نجد المدير والمرشد والمدرس ـ المرشد والمعالج النفسى والطبيب والأخصائى الاجتماعى، ويساعدهم الإداريون، ويتعاون معهم الوالدان، وكلهم يركزون عملهم حول العميل (الطالب) الذى يعتبر بدوره من المسئولين.

المسئوليات (الأدوار الإرشادية):

هناك مسئوليات مشتركة بين جميع المسئولين عن التوجيه والإرشاد كفريق. وأهم هذه المسئوليات: مراعاة أخلاقيات الإرشاد النفسى، والقدوة الحسنة، والقيام بدور الوالدية النفسية، والاشتراك فى تخطيط برنامج الإرشاد، وإجراء البحوث والدراسات المسحية وإعداد وسائل الإرشاد، وجمع المعلومات، وتقديم الخدمات الإرشادية، والتعاون مع الزملاء، والاشتراك فى تقييم برنامج التوجيه والإرشاد.

الشخصية الإرشادية:

أهم سمات الشخصية الإرشادية التى يجب توافرها لدى المسئولين عن التوجيه والإرشاد

النفسى بصفة عـامة : المظهر اللائق، والذكاء والابتكار والحكمة، وسعة الاطلاع والثـقافة العامة ، وتنوع الخبرات، والذكـاء الاجتماعى، والاهتـمام بالآخرين، وحسن الإصغـاء، والنضج النفسى، والقـدرة على التعـاون، وروح المرح، والاتجـاه المهنى السليم، وتحـمل المسئـولية، والإخـلاص فى العمل، والصبر والمثابرة، والأمل والتفاؤل، والتوافق النفسى والصحة النفسية.

استعداد وإعداد المسئولين :

الاستـعداد شـرط أساسى، والإعـداد شرط مكمـل له. ويقصـد الاسـتعداد جـسمياً وعقلـياً واجتماعياً وانفعالياً لتحمل مسـئولية التوجيه والإرشاد. ويقصد أيضا الإعداد العلمى الذى يتعلق بالدراسة الأكاديمية والإعداد العملى الذى يتعلق بالخبرة والممارسة.

مسئولية إعداد المسئولين :

تقع مسـئوليـة إعداد المسئـولين عن التوجيـه والإرشاد النفـسى على عاتق أقسـام علم النفس والصحة النفـسية والإرشاد النفسى المـتخصصة فى الجـامعات. وهذه تهتم باختـيارهـم وإعدادهم وتدريبهـم مهنياً ومـتابعـة تدريبهم ونموهم أثناء الخـدمة وإمدادهم بـالجديد فى ميـدان التوجـيه والإرشاد النفسى.

فريق التوجيه والإرشاد :

التوجيه والإرشاد النفسى مسئولية جماعية يحملها فريق متكامل. وعلى جميع أعضاء الفريق الحرص عـلى أن يكون نتاج عـملهم نتاج عـمل جمـاعى أكثـر منه نتـاج عمل جـماعـة أفراد. ويتطلب العمل كفريق تبادل الاستشارة والتعاون بين المسئولين بعضهم وبعض، وأن يكون العمل كفـريق لتحقـيق أهداف برنامج التوجيـه والإرشاد بحيث يـعمل كل عضـو فى الفريق من زاوية تخصصه.

المدير :

ويتلخص دوره الإرشادى فى إدارة برنامج التـوجيه والإرشاد، والإشراف العـام على خدماته، وقيادة فريق التوجيه والإرشاد، والتنسيق بين برنامج التوجيه والإرشاد والبرنامج التربوى العام.

المرشد :

ويتلخص دوره الإرشادى فى القـيادة المتخصـصة لفريق التـوجيه والإرشاد، وتشـخيص وحل وعلاج المشكلات النفسية، وإعداد وسائل الإرشاد، والقيام بعملية الإرشاد وتقديم خدماتها.

المدرس المرشد :

وأهـم معالم دوره الإرشـادى: تيسير وتشجـيع عملية الإرشاد فى المدرسة، ومـساعدة الطلاب

إنمائيا ووقائياً، واستغلال مادة تخصصه فى خدمة التوجيه والإرشاد، والعمل بطريقة الإرشاد خلال العملية التربوية ، والإسهام فى مجالات الإرشاد التربوى والمهنى للطلاب.

المعالج النفسى:

ويتلخص دوره الإرشادى فى تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية، والمشكلات النفسية الحادة وحالات العصاب والجناح واضطرابات الشخصية.

الأخصائى النفسى:

ويتلخص دوره الإرشادى فى إجراء معظم عناصر الفحص والقياس النفسى والاختصاص فى نواح معينة من عملية الإرشاد مثل الإرشاد باللعب وتقديم خدمات متخصصة للفئات الخاصة.

الطبيب:

ودوره الإرشادى متخصص جداً، ويتلخص فى إجراء الفحص الطبى اللازم لعملية الإرشاد، والعلاج الجسمى وتناول حالات الطوارئ فى مراكز الإرشاد واتخاذ الإجراءات الطبية اللازمة فى حالات المعوقين.

الأخصائى الاجتماعى:

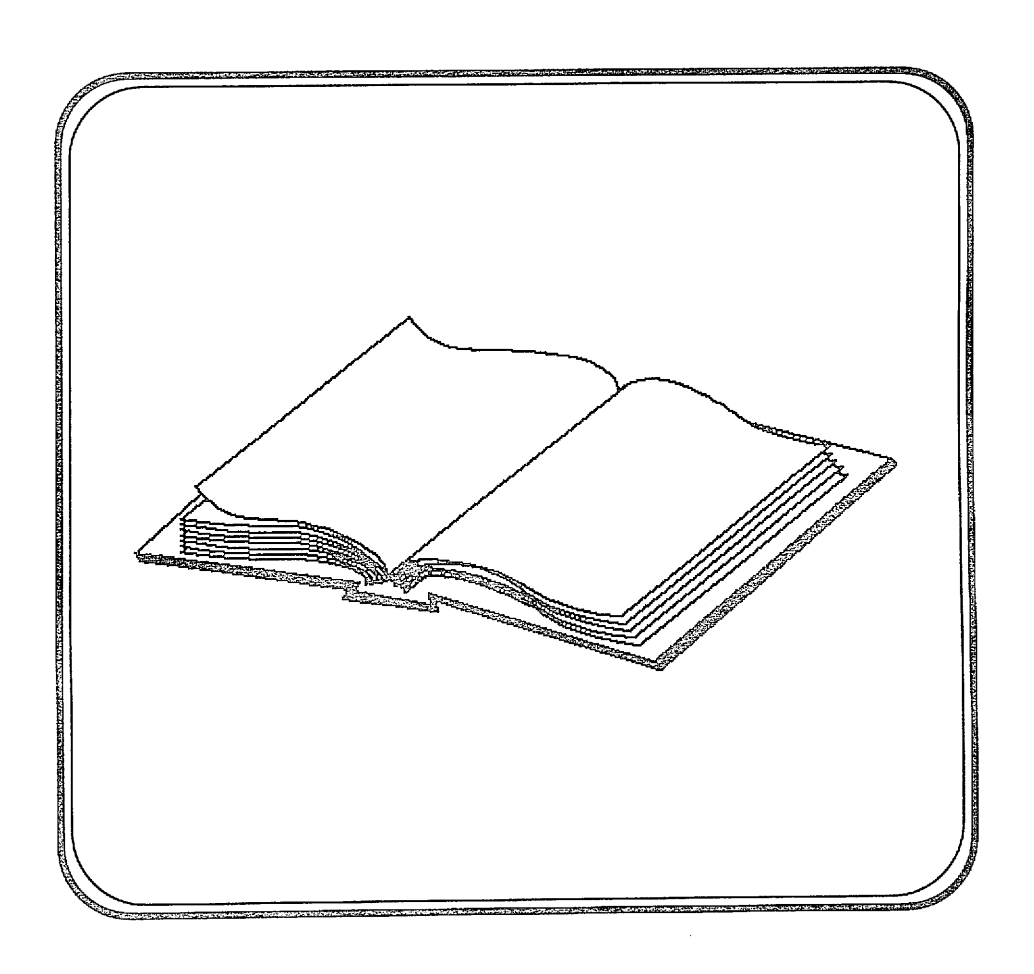
ويتلخص دوره الإرشادى فى إجراء المقابلات الأولى مع العميل وأسرته وفى محل عمله، والاتصال بالأسرة والعمل مع الوالدين، والاتصال بالمؤسسات الاجتماعية، وإجراء البحث الاجتماعى وتحليل المشكلات الاجتماعية، وتقديم الخدمات الاجتماعية المتخصصة للفرد والجماعة وتنظيم معظم أوجه النشاط الاجتماعى فى مركز الإرشاد، والمشاركة فى الإرشاد الجماعى.

الوالدان:

ويتلخص الدور الإرشادى للوالدين فى رعاية النمو النفسى السليم للأولاد وتزويد الأخصائيين بالمعلومات اللازمة لعملية الإرشاد والتعاون مع فريق الإرشاد والمشاركة عملياً فى خدمات الإرشاد الجماعى.

العميل (المسترشد):

ويتلخص الدور الإرشادى للعميل فى إقباله على عملية الإرشاد، وتزويد المسئولين بالمعلومات الصحيحة والتعاون أثناء الجلسات الإرشادية، واستغلال والاستفادة من خدمات الإرشاد، والإيجابية فى اتخاذ القرارات وتنفيذها، والمشاركة فى تقييم برامج التوجيه والإرشاد.



الباب الثالث

دراسات وبحوث

فى العلاج النفسى

(١٤) العلاج النفسى الدينى.

(١٥) مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها

فى عملية الإرشاد والعلاج: دراسة كلينيكية.

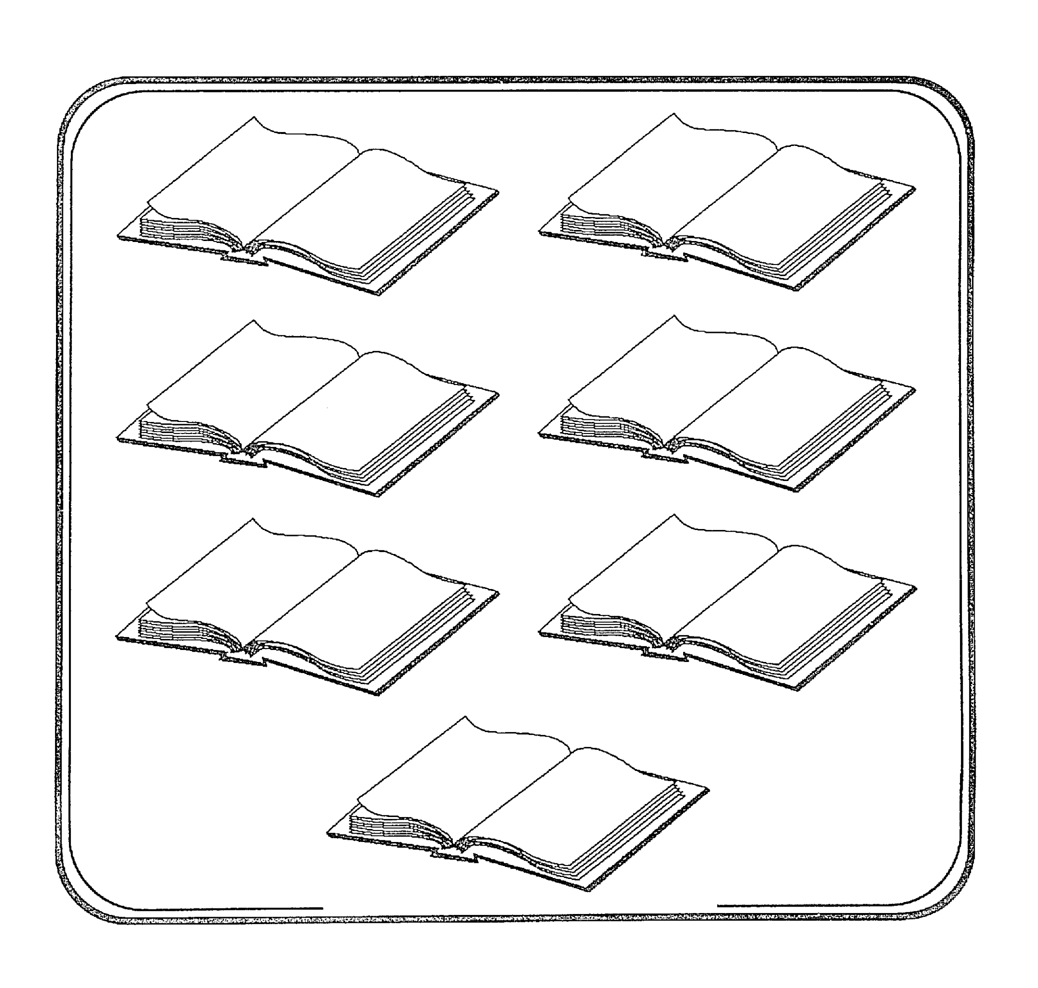
(١٦) العلاج النفسى التربوى للأطفال.

(١٧) العلاج بالموسيقى: دراسة استطلاعية ودعوة للبحث والتطبيق.

(١٨) الوقاية فى مجال الإدمان.

(١٩) الإدمان: منظور حيوى نفسى اجتماعى، ومنظور تنموى وقائى علاجى.

(٢٠) دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى.



[١٤] العلاج النفسى الدينى(*)

مقدمة:

من أهم أهداف التربية والصحة النفسية فى مجتمعنا العربى الإسلامى **تنمية المواطن العربى المسلم الصالح**، والإنسان الحر صاحب الإرادة والعقيدة، والإيمان، والفرد الذى يعيش فى سعادة وسلامة وسلام.

والتربية بمعناها الواسع تشمل التربية الدينية ، والنمو بمعناه الشامل يتضمن النمو الدينى والأخلاقى، والصحة النفسية بمعناها الكامل تشمل السعادة فى الدنيا والدين.

والصحة النفسية هى حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا (شخصيا واجتماعيا) ويشعر فيها بالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن ، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا ، بحيث يعيش فى سلامة وسلام (حامد زهران، ١٩٧٤).

والعلاج النفسى بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات سلوكية ، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض السلوكية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته على خير وجه، ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو النفسى الصحى ، وبحيث يصبح أكثر نضجا وأكثروقدرة على التوافق النفسى فى المستقبل.

والهدف الأسمى مهما كان أسلوبه هو تحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسى. وتتعدد **طرق العلاج النفسى** وتستند كل منها على إحدى نظريات الشخصية أو السلوك أو العلاج . ومن طرق العلاج النفسى المعروفة العلاج السلوكى والتوجيه والإرشاد والاستشارة النفسية والعلاج النفسى المركز حول العميل والعلاج بالعمل ... إلخ.

ويأتى **العلاج النفسى الدينى** كأسلوب أجمع المعالجون على اختلاف أديانهم سواء كانوا مسلمين أو مسيحيين أو يهودا . على أنه علاج يقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب دينية

(*) مجلة التوثيق التربوى، مركز المعلومات الإحصائية والتوثيق التربوى، وزارة المعارف، المملكة العربية السعودية عدد ٩ (أبريل ١٩٧٥). ص ٢١ ـ ٣٨.

روحية أخلاقية مقابل **العلاج الدنيوى** الذى يقصد به بقية طرق العلاج النفسى التى تقوم على أسس ومفاهيم ومبادئ وأساليب وضعها البشر.

أما عن **أساس العلاج النفسى الدينى** فإنه يقوم على أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان، وهو يعلم من خلق. قال الله تعالى ﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (٧٨) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (٧٩) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ...﴾، وقال تعالى: ﴿أَلا يَعْلَمُ مَنْ خَلَقَ وَهُوَ اللَّطِيفُ الْخَبِيرُ﴾. والخالق هو الذى يعرف كيف يصير الإنسان سويا، ووضع لذلك القوانين السماوية، وهو الذى يعرف أسباب فساد الإنسان وانحراف سلوكه، وهو الذى يعرف طرق وقايته وصيانته، وهو الذى يدرك بقدرته وحكمته الحاجات النفسية للإنسان ويدبر لها الإشباع عن طريق الحلال، وهو الذى يعرف طرق علاجه وصلاحه. وفيما نرى أن علماء العلاج النفسى يجب أن يستفيدوا من الدين فى العلاج النفسى وأن يلتزموا بقوانين الخالق جل وعلا لأنهم ليسوا أعلم بالإنسان من الله الذى خلقه. وفى عقيدتنا الإسلامية كما قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الدِّينَ عِندَ اللَّهِ الإِسْلامُ﴾، فالإسلام خاتم الأديان وجامعها. ولذلك فنحن نسترشد بالقرآن الكريم خاتم الكتب السماوية ونسترشد بالحديث النبوى الشريف لأن محمدا ﷺ خاتم الأنبياء والمرسلين(١) قال الله تعالى: ﴿آمَنَ الرَّسُولُ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْهِ مِن رَّبِّهِ وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَمَلائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لا نُفَرِّقُ بَيْنَ أَحَدٍ مِّن رُّسُلِهِ﴾. وقال الله تعالى عن القرآن الكريم ﴿وَنُنَزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى ﴿قُلْ هُوَ لِلَّذِينَ آمَنُوا هُدًى وَشِفَاءٌ﴾. وقال تعالى ﴿إِنَّ هَذَا الْقُرْآنَ يَهْدِي لِلَّتِي هِيَ أَقْوَمُ وَيُبَشِّرُ الْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّا سَمِعْنَا قُرْآنًا عَجَبًا (١) يَهْدِي إِلَى الرُّشْدِ...﴾. وقال الرسول الله ﷺ «إنى تركت فيكم ما إن تمسكتم به لن تضلوا من بعدى: كتاب الله وسنتى».

أسباب الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

تتعدد أسباب الاضطرابات النفسية إلى الحد الذى قد يصعب فيه الفصل بينها أو تحديد مدى أثر كل منها على حدة. فالحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها رهنا بسبب واحد.

---

(١) يقول شوقى:

خذ بالكتاب وبالحديث وسيرة السلف الثقات ... وارجع إلى سنن الخليقة واتبع نظم الحياة

ويقول الشاعر:

ليس كالدين مصلحا لقلوب ... أفسدتها طبائع الأزمان
ليس كالدين منقذا لنفوس ... حطمتها نوازع الشيطان

ومن **الأسباب الرئيسة** للاضطرابات والأمراض النفسية من وجهة نظر الدين ما يلى:

١ ـ **الذنوب**: وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصى للقلب بمنزلة السموم إن لم تهلكه أضعفته، وهى لا تصدر إلا عن قلب ضعيف الإيمان يستجلب غضب الله [١]. قال الله تعالى: ﴿وَمَن يَكْسِبْ إِثْمًا فَإِنَّمَا يَكْسِبُهُ عَلَىٰ نَفْسِهِ﴾. وقال تعالى: ﴿لِكُلِّ امْرِئٍ مِّنْهُم مَّا اكْتَسَبَ مِنَ الإِثْمِ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الإِثْمَ سَيُجْزَوْنَ بِمَا كَانُوا يَقْتَرِفُونَ﴾.

٢ ـ **الضلال**: الضلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد والبعد عن الدين ومعصية الله ورسوله وعدم ممارسة العبادات وتشوش المفاهيم الدينية يؤدى ولا شك إلى اضطراب السلوك. قال الله تعالى: ﴿مَنِ اهْتَدَىٰ فَإِنَّمَا يَهْتَدِي لِنَفْسِهِ وَمَن ضَلَّ فَإِنَّمَا يَضِلُّ عَلَيْهَا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَن يَكْفُرْ بِاللَّهِ وَمَلائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ وَالْيَوْمِ الآخِرِ فَقَدْ ضَلَّ ضَلالاً بَعِيدًا﴾. ومن الضلال اتباع الهوى. قال تعالى: ﴿وَمَنْ أَضَلُّ مِمَّنِ اتَّبَعَ هَوَاهُ بِغَيْرِ هُدًى مِّنَ اللَّهِ﴾. ومن الضلال اتباع الشيطان الذى يضل أولياءه ويزين لهم أعمالهم مما يؤدى إلى انحراف السلوك. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الشَّيْطَانَ لَكُمْ عَدُوٌّ فَاتَّخِذُوهُ عَدُوًّا﴾. ومن الضلال الإعراض عن ذكر الله مما يؤدى إلى الشقاء. قال الله تعالى: ﴿وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَن يَعْشُ عَن ذِكْرِ الرَّحْمَٰنِ نُقَيِّضْ لَهُ شَيْطَانًا فَهُوَ لَهُ قَرِينٌ (٣٦) وَإِنَّهُمْ لَيَصُدُّونَهُمْ عَنِ السَّبِيلِ وَيَحْسَبُونَ أَنَّهُم مُّهْتَدُونَ﴾. ومن الضلال الغفلة. قال تعالى: ﴿وَلا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنسَاهُمْ أَنفُسَهُمْ أُوْلَٰئِكَ هُمُ الْفَاسِقُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿اقْتَرَبَ لِلنَّاسِ حِسَابُهُمْ وَهُمْ فِي غَفْلَةٍ مُّعْرِضُونَ﴾. ومن الضلال التورط وارتكاب ما حرم الله. قال رسول الله ﷺ: «اتق المحارم تكن أعبد الناس».

٣ ـ **الصراع**: وأخطر الصراعات فى النفس الإنسانية الصراع بين قوى الخير والشر وبين الحلال والحرام، وبين الجانب الملائكى والجانب الحيوانى فى الإنسان، أى أن الصراع قد ينشأ بين النفس اللوامة والنفس الأمارة بالسوء، فيتأثر بذلك اطمئنان النفس المطمئنة ويحيلها إلى نفس مضطربة. ونحن نعرف أن الصراع إذا استحكم صرع الإنسان وأدى إلى ا لقلق الذى يؤرقه. والصراع بين الخير والشر فى النفس دائم ومستمر. وهو كالصراع بين جيشين مع كل منهما عدته وسلاحه فأيهما غلب الآخر قهره وكان الحكم له. فالقلب إذا كان ضعيفا والنفس شهوانية والحظ

---

(١) قال الشاعر:

رأيت الذنوب تميت القلوب ... وقد يورث الذل إدمانها
وترك الذنوب حياة القلوب ... وخير لنفسك عصيانها

قليل من التوكل والتوحيد انتصر الشر على الخير. والنفس التى ينتصر فيها الشر تتسلط عليها الوساوس (انظر ابن القيم، ١٩٥٧). وكم يقابل الفرد من صراعات نتيجة للفرق بين القيم المتعلمة والقيم المتوارثة والفرق بين المثل التى يتبناها الفرد وبين الواقع الفعلى.

٤.**ضعف الضمير:** يقول البعض إن الأمراض النفسية ومظاهر سوء التوافق النفسى هى أمراض الضمير ، أو هى حيلة هروبية من تأنيب الضمير. ويضاف إلى ضعف الضمير الضعف الأخلاقى والانحراف السلوكى الذى يترتب على ذلك (مصطفى فهمى، ١٩٧٠).

٥.**أسباب أخرى:** هناك أسباب أخرى كثيرة منها:

* الأنانية وإيثار الحياة الدنيا والتكالب عليها.

* اتباع الغرائز والشهوات والتبرج والإغراء.

* الغيرة والحقد وحسد الناس على ما آتاهم الله من فضله.

* الشك والارتياب، وقد قال الله تعالى: ﴿اجْتَنِبُوا كَثِيراً مِنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ﴾.

أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين:

أعراض الاضطراب النفسى هى علاماته السلوكية . وكلما أمكن التعرف على الأعراض بدقة وفى وقت مبكر كلما كان ذلك أفضل من الناحية العلاجية حيث يفيد ذلك فى نجاح العلاج ومنع تطور الأعراض . وللأعراض رموز ومعان ووظائف وأهداف منها السيطرة على القلق وخفض التوتر وحل الصراع وتحقيق أو تدعيم كبت وكف الدوافع والنزعات االمستقبحة وتهدئة الضمير والهروب من المآزق والتخلص من المسئولية ... إلخ . وعلى العموم تعتبر أعراض الاضطراب النفسى فى رأى الدين **استجابة غير سوية لضمير المريض** بسبب ما تعرض له من إهمال، أو نتيجة لقيام الفرد بسلوك يتضمن نوعا من التحدى السافر لتعاليم الدين (حامد زهران، ١٩٧٤).

ومن **الأعراض الرئيسة** للاضطراب النفسى من وجهة نظر الدين ما يلى:-

١ ـ **الانحراف:** ويشمل الانحرافات السلوكية ويأتى على رأسها الانحرافات الجنسية . ويشمل أيضا الانحرافات الاجتماعية المختلفة مثل الكذب والسرقة والعدوان والتمرد وتعاطى المخدرات، وغير ذلك من ألوان السلوك المنحرف.

٢.**الشعور بالإثم:** ويكون الشعور بالإثم والخطيئة نتيجة ما ارتكبه الإنسان من أعمال وسوس إليه بها الشيطان وكان يود ألا يرتكبها، ويعتبر عنصراً أساسيا فى تكوين العصاب ، وهذا مما يثقل

كاهل الإنسان ويجعله يتوقع العقاب. ونحن نعرف أن محور العصاب هو الخطيئة والشعوربالإثم مما يهدد الذات ويسبب حالة عدم الاتزان النفسى وسوء التوافق الاجتماعى . قال الله تعالى : ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الإِثْمَ سَيُجْزَوْنَ بِمَا كَانُوا يَقْتَرِفُونَ﴾ . وقال تعالى : ﴿لِكُلِّ امْرِئٍ مِّنْهُم مَّا اكْتَسَبَ مِنَ الإِثْمِ﴾.

٣.الخوف: ونقصد الخوف المرضى الدائم المتكرر المتضخم الذى لا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه والذى يتملك سلوك الإنسان ويحكمه ويصاحبه سلوك عصابى قهرى.

٤.القلق: وهو آفة عصرنا الذى أصبح يطلق عليه «**عصر القلق**». وهو خوف غامض غير محدد مصحوب بالتوتر والضيق والتهيب وتوقع الأذى وعدم الاستقرار العام مما يعوق الفردعن الإنتاج ويجعل سلوكه مضطربا ويصاحب القلق أعراض نفسية جسمية مثل العرق المفرط وصعوبة التنفس والاضطرابات المعوية وسرعة نبضات القلب. وقد يغلب القلق ويصبح هو نفسه عصابا أساسيا ومرضا قائما بذاته هو «عصاب القلق».

٥ - الاكتئاب: وهو حالة يشعر فيها الفرد بالكآبة والكدر والغم والحزن الشديد وانكسارالنفس والتشاؤم دون سبب مناسب أو لسبب تافه، فيفقد لذة الحياة ويرى أنها خالية من الأمن والسلام لا معنى لها ولا هدف له فيها، فتثبط عزيمته ويفقد اهتمامه بعمله وشئونه ويشعر بتفاهته . ويصاحب الاكتئاب عادة التدهور الحركى والصداع وفقد الشهية ونقص الوزن والإمساك والأرق. ويصاحبه أيضا التردد والبطء فى الكلام . وقد يؤدى إلى الانتحار. وقد يغلب الاكتئاب وحده ويصبح مرضا قائما بذاته.

الوقاية الدينية من الاضطراب النفسى:

يوجه علم الصحة النفسية والعلاج النفسى اهتماما كبيرا إلى الوقاية من الاضطراب والمرض النفسى ، أو ما يطلق عليه البعض «التحصين النفسى». ونحن نعرف أن الوقاية خير من العلاج، وأنها تغنى عن العلاج ، وأن جرام وقاية خير من طن علاج، وأن الطن من الوقاية يكلف المجتمع أقل مما يكلفه جرام واحد من العلاج، فضلاً عن أن حصيلته تشمل المجتمع بأسره. ونحن نعلم أنه للوقاية من المرض النفسى لا بد من معرفة أسباب المرض وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها حتى نضبطها ونقلل من آثارها ، وتهيئة الظروف التى تحقق الصحة النفسية .

ولأغراض الوقاية وتحقيق الصحة النفسية يجب الاهتمام بنمو وبناء **شخصية المسلم** كما حددها الدين.

وفيما يلى أهم **معالم الوقاية** من الاضطراب والمرض النفسى من وجهة نظر الدين:

١ ـ **الإيمان (التربية الدينية)**: لقد أجمعت الأديان السماوية على أن السعادة النفسية هى ثمرة مؤكدة للإيمان. **ويتضمن الإيمان** والتربية الدينية ما يلى:

* **الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله والقدر واليوم الآخر**: وهذا هو عماد الحياة الروحية ومنبع طمأنينة النفس ومصدر سعادتها، بشرط أن تظهر آثارهذا الإيمان فى سلوك الإنسان وعمله الصالح.

والإيمان طريق الهداية ويبعد المؤمن عن اقتراف المعاصى التى تشعره بالإثم، ويبعد الإنسان عن اليأس والجزع ويهون عليه المصائب. قال الله تعالى: ﴿ إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ أُوْلَئِكَ هُمْ خَيْرُ الْبَرِيَّةِ﴾ . وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ إِنَّا لا نُضِيعُ أَجْرَ مَنْ أَحْسَنَ عَمَلاً﴾. وقال تعالى ﴿وَمَن يُؤْمِنْ بِاللَّهِ يَهْدِ قَلْبَهُ وَاللَّهُ بِكُلِّ شَيْءٍ عَلِيمٌ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِنَّ اللَّهَ لَهَادِ الَّذِينَ آمَنُوا إِلَىٰ صِرَاطٍ مُّسْتَقِيمٍ﴾ . وقال تعالى: ﴿ اللَّهُ وَلِيُّ الَّذِينَ آمَنُوا يُخْرِجُهُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ﴾. وقال تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّن ذَكَرٍ أَوْ أُنثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهُ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ . وقال تعالى: ﴿ آمَنَ الرَّسُولُ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْهِ مِن رَّبِّهِ وَالْمُؤْمِنُونَ كُلٌّ آمَنَ بِاللَّهِ وَمَلائِكَتِهِ وَكُتُبِهِ وَرُسُلِهِ لا نُفَرِّقُ بَيْنَ أَحَدٍ مِّن رُّسُلِهِ﴾. وقال تعالى: ﴿ قُل لَّن يُصِيبَنَا إِلاَّ مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿ إِنَّ السَّاعَةَ لآتِيَةٌ لاَّ رَيْبَ فِيهَا﴾.

* **حب الله**: وحب الله هو الإيمان الحق الذى تبدو آثاره فى سلوك الإنسان. ومن أحب الله وأحب رسوله وجد حلاوة الإيمان. قال الله تعالى :﴿ قُلْ إِن كُنتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «ثلاث من كن فيه وجد حلاوة الإيمان: أن يكون الله ورسوله أحب إليه مما سواهما، وأن يحب المرء لا يحبه الا لله ، وأن يكره أن يعود إلى الكفر كما يكره أن يقذف فى النار». ومن أحب الله أحبه الله وأحبته الملائكة وأهل السماء وأهل الأرض. والله يحب من عباده ذوى السلوك السوى ويزيدهم هدى إلى الطريق المستقيم. ففى القرآن الكريم ما يوضح أن الله يحب التوابين ويحب المتطهرين، أن الله يحب المتقين ، وأن الله يحب المتوكلين، وأن الله يحب المحسنين، وأن الله يحب الصابرين . وفى نفس الوقت فإن الله لا يحب المفسدين ، ولا يحب الظالمين، ولا يحب المسرفين، ولا يحب الكافرين، ولا يحب المستكبرين، ولا يحب الخائنين، ولا يحب المعتدين ، ولا يحب من كان مختالا فخورا.

* **تقوى الله**: معنى التقوى أن يتقى الإنسان ما يضره أو يضر غيره وما يغضب ربه مما يجعل لنفسه وقاية من عذاب الله وسخطه فى الدنيا والآخرة، وأن يقف عند حدود الله وأن يطيع أوامره التى

فيهـا الخير وأن يجتنب نواهيـه عن ما يضره[١]. قال الله تعـالى: ﴿ وَتَزَوَّدُوا فَإِنَّ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَىٰ وَاتَّقُونِ يَا أُولِي الأَلْبَابِ﴾. والتقوى تنير البصيرة وتجعل الإنسان قادرا على التفريق بين الحق والبـاطل. قال الله تعـالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِن تَتَّقُوا اللَّهَ يَجْعَل لَّكُمْ فُرْقَانًا﴾.ومن ثمرات التقوى الأمن النفسى والتوفيق والتأييد والنصر فى الدنيا والثواب والرحمة فى الآخرة. قال تعـالى : ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَكَانُوا يَتَّقُونَ (٦٣) لَهُمُ الْبُشْرَىٰ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الآخِرَةِ﴾. والتقوى تفرج الأزمات وتحل المشكلات . قال الله تعالى: ﴿وَمَن يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَل لَّهُ مَخْرَجًا (٢) وَيَرْزُقْهُ مِنْ حَيْثُ لا يَحْتَسِبُ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَن يَتَّقِ اللَّهَ يَجْعَل لَّهُ مِنْ أَمْرِهِ يُسْرًا﴾.

* **خشية الله:** وخشيـة الله والخوف من عقابه تؤدى إلى طاعـته والبعد عن الشـر والشهوات وتريح الضمـير وتودى بالإنسان إلـى السلوك السليم وتجعله صـالحا فى الجمـاعة الإنسانيـة. قال الله تعالى: ﴿وَمَن يُطِعِ اللَّهَ وَرَسُولَهُ وَيَخْشَ اللَّهَ وَيَتَّقْهِ فَأُوْلَئِكَ هُمُ الْفَائِزُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿رَّضِيَ اللَّهُ عَنْهُمْ وَرَضُوا عَنْهُ ذَلِكَ لِمَنْ خَشِيَ رَبَّهُ﴾.

* **الشكر لله:** وهذا يعنى الاعـتراف بفضل الله وإحسانه وحـمده والثناء عليه وظـهور آثار نعم الله على لسان العـبد ثناء واعتـرافا، وعلى قلبـه شهادة ومـحبة، وعلى جـوارحه انقيـادا وطاعة. والشكر يتضـمن كل خيـر يصلح به سلوك الانسان. والشكر واجب على العـبد نحو خـالقه مصـدركل النعم، وفيه منفعـة تعود على الشاكـر حيث يطهر نفسـه ويقربها من الله ويوجهـها الوجـهة الصـالحة فى إنفـاق النعم فى وجـوهها المـشروعـة. قال الله تعـالى: «الحمـد لله رب العالمين». وقال تعالى: ﴿بَلِ اللَّهَ فَاعْبُدْ وَكُن مِّنَ الشَّاكِرِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لأَزِيدَنَّكُمْ﴾. وقال تعالى: ﴿ وَمَن يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ﴾.

٢. **التدين (السلوك الدينى):** من المؤكد أن الإنسـان المتدين حـقا الذى **يترجم الإيمان إلى سلوك دينى** يرضاه الله لا يعانى قط من المرض النفسى. والإيمان والتدين عقيدة خالصة وعمل مخلص، والسلوك يجب أن يكون وفقـا لذلك . والسلوك الذى يخرج على الدين، والذى يأخذ شكل العـبادة الآلية، والـذى يحاكى السلوك المسـتورد دون تنقـية قد يؤدى إلـى نكسة سلوكـية وسلوك منحرف يؤدى إلى تشويه الشخصيـة الفردية والاجتماعية . **ويتضمن التدين** والسلوك الدينى ما يلى:

---

(١) يقول الشاعر:

وكـل زاد عـــــرضـــــة النفـــــاد   إلا التـــــقى والبـــــر والرشـــــاد

※ **عبادة الله:** عبادة الله هى سبيل السعادة و الطمأنينة النفسية، وهى تحرر الإنسان من الطغيان . لقد خلق الله الخلق ليعبدوه. قال تعالى : ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالإِنسَ إِلاَّ لِيَعْبُدُونِ﴾. ولقد أرسل الله الرسل ليدعواالناس إلى عبادته وحده. قال الله تعالى: ﴿وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلاَّ تَعْبُدُوا إِلاَّ إِيَّاهُ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ رَبِّي وَرَبُّكُمْ فَاعْبُدُوهُ هَٰذَا صِرَاطٌ مُّسْتَقِيمٌ﴾. وعبادة الله تتضمن إقامة دعائم الدين وهى الشهادتان والصلاة والصوم وإيتاء الزكاة والحج. قال ا لله تعالى: ﴿إِنَّ الصَّلاةَ تَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنكَرِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَأَقِيمُوا الصَّلاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ﴾. وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَلِلَّهِ عَلَى النَّاسِ حِجُّ الْبَيْتِ مَنِ اسْتَطَاعَ إِلَيْهِ سَبِيلاً﴾.

※ **الإخلاص لله:** وهذا يتضمن أن يكون سلوك الإنسان سويا خالصا غايته رضا الله ، قياما بالواجب فى سائر العبادات وكافة الأعمال ، مسبقا بالنية الحسنة قاصدا وجه الله، ومحاربا أهواء النفس والشهوات ، مما يعود بالخير على الفرد والجماعة . قال الله تعالى: ﴿فَاعْبُدِ اللَّهَ مُخْلِصًا لَّهُ الدِّينَ﴾ ، وقال تعالى: ﴿وَمَا أُمِرُوا إِلاَّ لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهُ الدِّينَ﴾. .

※ **المسئولية:** ويأتى على رأسها مسئولية الاختيار، فالإنسان بنعمة العقل **مخير**. قال الله تعالى: ﴿وَهَدَيْنَاهُ النَّجْدَيْنِ﴾ . وقال تعالى: ﴿فَمَن شَاءَ فَلْيُؤْمِن وَمَن شَاءَ فَلْيَكْفُرْ﴾ . وقال تعالى: ﴿بَلِ الإِنسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ﴾ . وقال تعالى: ﴿كُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِينَةٌ﴾. وتتضمن المسئولية الجد فى طلب العلم والمعرفة . قال الله تعالى: ﴿اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (١) خَلَقَ الإِنسَانَ مِنْ عَلَقٍ (٢) اقْرَأْ وَرَبُّكَ الأَكْرَمُ (٣) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (٤) عَلَّمَ الإِنسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ﴾. وقال تعالى: ﴿قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الأَلْبَابِ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّمَا يَخْشَى اللَّهَ مِنْ عِبَادِهِ الْعُلَمَاءُ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَقُل رَّبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾. وقال رسول الله ﷺ: «من سلك طريقا يلتمس فيه علما سهل الله له طريقا إلى الجنة». وقال ﷺ : «إن الملائكة لتضع أجنحتها على طالب العلم رضا بما يصنع».

※ **البعد عن الحرام:** قال الله تعالى: ﴿قُلْ تَعَالَوْا أَتْلُ مَا حَرَّمَ رَبُّكُمْ عَلَيْكُمْ أَلاَّ تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَلا تَقْتُلُوا أَوْلادَكُم مِّنْ إِمْلاقٍ نَّحْنُ نَرْزُقُكُمْ وَإِيَّاهُمْ وَلا تَقْرَبُوا الْفَوَاحِشَ مَا ظَهَرَ مِنْهَا وَمَا بَطَنَ وَلا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلاَّ بِالْحَقِّ ذَٰلِكُمْ وَصَّاكُم بِهِ لَعَلَّكُمْ تَعْقِلُونَ (١٥١) وَلا تَقْرَبُوا مَالَ الْيَتِيمِ إِلاَّ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ حَتَّىٰ يَبْلُغَ أَشُدَّهُ وَأَوْفُوا الْكَيْلَ وَالْمِيزَانَ بِالْقِسْطِ

لا نُكَلِّفُ نَفْسًا إِلاَّ وُسْعَهَا وَإِذَا قُلْتُمْ فَاعْدِلُوا وَلَوْ كَانَ ذَا قُرْبَىٰ وَبِعَهْدِ اللَّهِ أَوْفُوا ذَلِكُمْ وَصَّاكُم بِهِ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ (١٥٢) وَأَنَّ هَذَا صِرَاطِي مُسْتَقِيمًا فَاتَّبِعُوهُ وَلا تَتَّبِعُوا السُّبُلَ فَتَفَرَّقَ بِكُمْ عَن سَبِيلِهِ ذَلِكُمْ وَصَّاكُم بِهِ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ﴾.

* **العزة والقوة:** قال الله تعالى: ﴿وَلِلَّهِ الْعِزَّةُ وَلِرَسُولِهِ وَلِلْمُؤْمِنِينَ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «المؤمن القوى خير من المؤمن الضعيف، وفى كل خير».

٣. الأخلاق (السلوك الأخلاقى): الدين هو الطريق إلى بقاء ودوام القيم الأخلاقية التى تعتبر إطارا مرجعيا لسلوك الفرد وأسلوب حياته، وبيان ما ينبغى أن يكون عليه التفاعل الاجتماعى السليم. والأخلاق هى الدعامة الأولى لحفظ كيان المجتمع[1]. ولقد جاءت رسالات الأنبياء والمرسلين كلها تحث على الأخلاق الفاضلة . ومن أصول التربية الإسلامية تربية الأخلاق المستمدة من الدين التى تنظم السلوك وتنمى فى الشخصية ضميرا حيا يحاسب الفرد إذا هو أخطأ أو انحرف عن الطريق المستقيم . ولقد وصف الله تعالى رسوله العظيم بقوله :﴿وَإِنَّكَ لَعَلَىٰ خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾. وقال رسول الله ﷺ : «اللهم أحسنت خَلْقى فأحسن خُلُقى». وقال رسول الله ﷺ: «إنما بعثت لأتمم مكارم الأخلاق». وقال ﷺ: «إن من خياركم أحاسنكم أخلاقا». وسأل الصحابة السيدة عائشة رضى الله عنها عن خلق الرسول الكريم فقالت: «كان خلقه القرآن». وقال على بن أبى طالب رضى الله عنه : «نعم الحسب الخلق الحسن». والأخلاق الفاضلة كما يدعوإليها الدين تقوم على **أسس ودعائم أهمها** مايلى:

---

(١) يقول الشاعر أحمد شوقى:

وإنما الأمم الأخلاق ما بقيت ... فإن هم ذهبت أخلاقهم ذهبوا

ويقول :

على الأخلاق خطوا الملك وابنوا ... فليس وراءها للعز ركن

ويقول:

كذا الناس بالأخلاق يبقى صلاحهم ... ويذهب عنهم أمرهم حين تذهب

ويقول:

ومن طلب الخلق من كنزه ... فإن العقيدة كنز عتيد

* **الاستقامة**: قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾. وجاء رجل إلى الرسول ﷺ فقال: يا رسول الله قل لى فى الإسلام قولا لا أسأل عنه أحدا غيرك. قال: «قل آمنت بالله ثم استقم».

* **إصلاح النفس**: قال الله تعالى: ﴿يَا بَنِي آدَمَ إِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ رُسُلٌ مِّنكُمْ يَقُصُّونَ عَلَيْكُمْ آيَاتِي فَمَنِ اتَّقَىٰ وَأَصْلَحَ فَلا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾.

* **تزكية النفس**: أى الطهر من الدنس والسمو عن النقائص وترفع النفس وارتفاع قدرها. قال الله تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن تَزَكَّىٰ﴾. وقال تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ مَن زَكَّاهَا (٩) وَقَدْ خَابَ مَن دَسَّاهَا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَن تَزَكَّىٰ فَإِنَّمَا يَتَزَكَّىٰ لِنَفْسِهِ وَإِلَى اللَّهِ الْمَصِيرُ﴾.

* **معارضة هوى النفس**: قال الله تعالى: ﴿وَأَمَّا مَنْ خَافَ مَقَامَ رَبِّهِ وَنَهَى النَّفْسَ عَنِ الْهَوَىٰ (٤٠) فَإِنَّ الْجَنَّةَ هِيَ الْمَأْوَىٰ﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَنْ أَضَلُّ مِمَّنِ اتَّبَعَ هَوَاهُ بِغَيْرِ هُدًى مِّنَ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ لا يَهْدِي الْقَوْمَ الظَّالِمِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِنَّ كَثِيرًا لَّيُضِلُّونَ بِأَهْوَائِهِم بِغَيْرِ عِلْمٍ﴾.

* **ضبط النفس**: ويتضمن ذلك الحلم ومعارضة هوى النفس والتحكم فى انفعال الغضب وكظم الغيظ. و قال الله تعالى: ﴿وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾. وقال رسول الله ﷺ: «ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذى يملك نفسه عند الغضب».

* **الصدق**: وهو يؤدى إلى الثقة والتعاون الاجتماعى. ومن أنواع الصدق صدق الوعد. قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَكُونُوا مَعَ الصَّادِقِينَ﴾.

* **الأمانة**: قال الله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَن تُؤَدُّوا الأَمَانَاتِ إِلَىٰ أَهْلِهَا﴾.

* **التواضع**: وهو فضيلة هامة. ومن تواضع لله رفعه. قال الله تعالى: ﴿وَلا تُصَعِّرْ خَدَّكَ لِلنَّاسِ وَلا تَمْشِ فِي الأَرْضِ مَرَحًا إِنَّكَ لَن تَخْرِقَ الأَرْضَ وَلَن تَبْلُغَ الْجِبَالَ طُولاً﴾.

* **معاشرة الأخيار**: وهذه تؤدى إلى الخير والنعمة. قال الله تعالى: ﴿وَاصْبِرْ نَفْسَكَ مَعَ الَّذِينَ يَدْعُونَ رَبَّهُم بِالْغَدَاةِ وَالْعَشِيِّ يُرِيدُونَ وَجْهَهُ﴾. وقال بعض الحكماء: «نبئنى من تصاحب أنبئك من أنت».

* **الكلام الحسن**: وهو مصدر للنجاح ومحبة الناس وكثرة الأصدقاء. قال الله تعالى: ﴿وَقُل لِّعِبَادِي يَقُولُوا الَّتِي هِيَ أَحْسَنُ﴾. وقال تعالى: ﴿وَقُولُوا لِلنَّاسِ حُسْنًا﴾.

※ **احترام الغير:** وهذا يؤدى إلى وحدة الجماعة وتماسكها ونشر المودة بينها . قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لا يَسْخَرْ قَوْمٌ مِّن قَوْمٍ عَسَىٰ أَن يَكُونُوا خَيْرًا مِّنْهُمْ وَلا نِسَاءٌ مِّن نِّسَاءٍ عَسَىٰ أَن يَكُنَّ خَيْرًا مِّنْهُنَّ وَلا تَلْمِزُوا أَنفُسَكُمْ وَلا تَنَابَزُوا بِالأَلْقَابِ بِئْسَ الاسْمُ الْفُسُوقُ بَعْدَ الإِيمَانِ﴾.

※ **الإصلاح بين الناس:** وهو صفة أخلاقية فاضلة تصدر عن إنسان نبيل يحب الخير. قال الله تعالى: ﴿وَإِن طَائِفَتَانِ مِنَ الْمُؤْمِنِينَ اقْتَتَلُوا فَأَصْلِحُوا بَيْنَهُمَا﴾ . وقال تعالى: ﴿وَإِنْ خِفْتُمْ شِقَاقَ بَيْنِهِمَا فَابْعَثُوا حَكَمًا مِّنْ أَهْلِهِ وَحَكَمًا مِّنْ أَهْلِهَا إِن يُرِيدَا إِصْلاحًا يُوَفِّقِ اللَّهُ بَيْنَهُمَا﴾ .

※ **حسن الظن:** قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اجْتَنِبُوا كَثِيرًا مِّنَ الظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ الظَّنِّ إِثْمٌ وَلا تَجَسَّسُوا وَلا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا﴾.

※ **التعاون:** التعاون على الخير للنهوض بالحياة الاجتماعية يؤدى إلى سعادة الفرد ورفاهية المجموع. قال الله تعالى: ﴿وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلا تَعَاوَنُوا عَلَى الإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ﴾.

※ **الاعتدال:** والقناعة والحد من الإسراف فى الشهوات من طعام وجنس وغير ذلك من متع مادية. قال الله تعالى: ﴿وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلا تَجْعَلْ يَدَكَ مَغْلُولَةً إِلَىٰ عُنُقِكَ وَلا تَبْسُطْهَا كُلَّ الْبَسْطِ فَتَقْعُدَ مَلُومًا مَّحْسُورًا﴾.

※ **الإيثار:** وهو صفة كريمة تتحلى بها النفوس الكبيرة الخالية من الأثرة الساعية لخير الإنسانية وخدمة المجتمع. قال الله تعالى: ﴿وَيُؤْثِرُونَ عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ وَلَوْ كَانَ بِهِمْ خَصَاصَةٌ وَمَن يُوقَ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾.

※ **العفو:** ويتضمن التسامح والرحمة . وهذا حين يصدر عن نفس كبيرة وعقل راجح يطيب النفوس ويؤدى إلى الصداقة . قال الله تعالى: ﴿وَإِن تَعْفُوا وَتَصْفَحُوا وَتَغْفِرُوا فَإِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ﴾. وقال تعالى: ﴿وَلْيَعْفُوا وَلْيَصْفَحُوا أَلا تُحِبُّونَ أَن يَغْفِرَ اللَّهُ لَكُمْ﴾ . وقال رسول الله ﷺ : «الراحمون يرحمهم الرحمن . ارحموا من فى الأرض يرحمكم من فى السماء».

※ **العفة:** ويحث الدين على العفة ويشجع على الزواج وينهى عن الزنا. قال الله تعالى: ﴿وَلْيَسْتَعْفِفِ الَّذِينَ لا يَجِدُونَ نِكَاحًا حَتَّىٰ يُغْنِيَهُمُ اللَّهُ مِن فَضْلِهِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلا تَقْرَبُوا الزِّنَىٰ إِنَّهُ كَانَ فَاحِشَةً وَسَاءَ سَبِيلاً﴾.

※ **الإحسان:** أى السلوك الحسن. ومن صفات المحسن، حسن عبادة الله واتباع هدى رسوله، والجهاد فى سبيله، والتصدق، والصبر، ورعاية ذوى القربى واليتامى والمساكين والجيران

والأصدقاء. قال الله تعالى: ﴿إِنْ أَحْسَنتُمْ أَحْسَنتُمْ لأَنفُسِكُمْ وَإِنْ أَسَأْتُمْ فَلَهَا﴾ . وقال تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنكَرِ وَالْبَغْيِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَنْ أَحْسَنُ دِينًا مِّمَّنْ أَسْلَمَ وَجْهَهُ لِلَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ﴾ وقال تعالى: ﴿وَمَن يُسْلِمْ وَجْهَهُ إِلَى اللَّهِ وَهُوَ مُحْسِنٌ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىٰ﴾ . وقال تعالى: ﴿مَن جَاءَ بِالْحَسَنَةِ فَلَهُ عَشْرُ أَمْثَالِهَا﴾.

* **السلام:** وهو تحية الإسلام . والسلام والتحية والاستئذان من أفضل الآداب الاجتماعية والأخلاق العالية. قال الله تعالى: ﴿وَإِذَا حُيِّيتُم بِتَحِيَّةٍ فَحَيُّوا بِأَحْسَنَ مِنْهَا أَوْ رُدُّوهَا﴾ . وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لا تَدْخُلُوا بُيُوتًا غَيْرَ بُيُوتِكُمْ حَتَّىٰ تَسْتَأْنِسُوا وَتُسَلِّمُوا عَلَىٰ أَهْلِهَا ذَٰلِكُمْ خَيْرٌ لَّكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ...﴾.

* **الضمير:** والضمير الحى هو الوازع النفسى القوى الذى يرشد الإنسان للسلوك السوى ويبصره بعواقب السلوك . قال رسول الله ﷺ: «اعبد الله كأنك تراه فإن لم تكن تراه فإنه يراك».

طريقة العلاج النفسى الدينى:

العلاج النفسى الدينى أسلوب **توجيه وإرشاد وتربية وتعليم**، ويقوم على معرفة الفرد لنفسه ولدينه ولربه والقيم والمبادئ الروحية والأخلاقية.

وهدف العلاج النفسى الدينى: تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الخطيئة والإثم التى تهدد طمأنينته وأمنه النفسى ومساعدته على تقبل ذاته وتحقيق وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسى.

ويحتاج العلاج النفسى الدينى إلى **المعالج المؤمن** ذى البصيرة القادرة على الإقناع والإيحاء، والمشاركة الوجدانية، الذى يتبع تعاليم دينه ويحترم الديانات السماوية الأخرى.

هذا ويمكن أن يمارس العلاج النفسى كل من **المعالج النفسى والموجه والمربى والعالم المسلم**، وحبذا لو كان ذلك فى شكل فريق متكامل.

والعلاج النفسى الدينى عملية يشترك فيها المعالج والمريض . والمعالج يتناول مع المريض موضوع الاعتراف والتوبة والاستبصار، ويشتركان معا فى عملية تعليم واكتساب اتجاهات وقيم جديدة . والمريض يلجأ إلى الله بالدعاء مبتغيا رحمته مستغفرا إياه ذاكرا صابرا على كل حال متوكلا على الله مفوضا أمره إليه.

وفيما يلى أهم خطوات العلاج النفسى الدينى:

١. **الاعتراف**: نظرية الاعتراف بالذنب وظلم النفس أمام الله نظرية قرآنية ، فقد ذكر فى قصة سيدنا يونس، قال الله تعالى: ﴿وَذَا النُّونِ إِذ ذَّهَبَ مُغَاضِبًا فَظَنَّ أَن لَّن نَّقْدِرَ عَلَيْهِ فَنَادَىٰ فِي الظُّلُمَاتِ أَن لَّا إِلَٰهَ إِلَّا أَنتَ سُبْحَانَكَ إِنِّي كُنتُ مِنَ الظَّالِمِينَ (٨٧) فَاسْتَجَبْنَا لَهُ وَنَجَّيْنَاهُ مِنَ الْغَمِّ وَكَذَٰلِكَ نُنجِي الْمُؤْمِنِينَ﴾. وضرب القرآن مثلا آخر من الاعتراف بالذنب بما صدر عن آدم وحواء عليهما السلام عند مخالفتهما أمر الله إذ قالا: ﴿رَبَّنَا ظَلَمْنَا أَنفُسَنَا وَإِن لَّمْ تَغْفِرْ لَنَا وَتَرْحَمْنَا لَنَكُونَنَّ مِنَ الْخَاسِرِينَ﴾.

والاعتراف يتضمن شكوى النفس من النفس طلبا للخلاص وللغفران. والاعتراف فيه إفضاء الإنسان بما فى نفسه إلى الله . وهو يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب الضمير ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها.

ويظهر مفهوم الذات الخاص حيث يكشف المريض عن **«عورته النفسية»** بقصد العلاج . ولذلك يجب على المعالج مساعدة المريض على الاعتراف بخطاياه وتفريغ ما بنفسه من انفعالات ومشاعر الإثم المهددة ويتقبل المعالج ذلك فى حياد . ويتبع الاعتراف التكفير عن الإثم والرجوع إلى الفضيلة.

٢. **التوبة**: وهى طريق المغفرة ، وأمل المخطئ الذى ظلم نفسه وانحرف سلوكه وحطمته الذنوب وهى فى حالة جهالة أى اندفاع وطغيان شهوة وصحا ضميره(١) . قال الله تعالى: ﴿إِنَّمَا التَّوْبَةُ عَلَى اللَّهِ لِلَّذِينَ يَعْمَلُونَ السُّوءَ بِجَهَالَةٍ ثُمَّ يَتُوبُونَ مِن قَرِيبٍ فَأُولَٰئِكَ يَتُوبُ اللَّهُ عَلَيْهِمْ وَكَانَ اللَّهُ عَلِيمًا حَكِيمًا﴾. والتوبة تحرر المذنب من آثامه وخطاياه وتشعره بالتفاؤل والراحة النفسية. قال

---

(١) قال الشاعر:

يا نفس توبى قبل أن ... لا تستطيعى أن تتوبى
واستغفرى لذنوبك ... الرحمن غفار الذنوب

وقال آخر:

وأنا إذا أخطأت ياربى فعفوك منتظر
لست الملاك ولا النبى وما أنا إلا بشر

وقال آخر:

وإن كان ذنبى كلَّ ذنب فإنه ... محا الذنب كلّ المحو من جاء تائبا

رسول الله ﷺ: «التائب حبيب الرحمن، والتائب من الذنب كمن لا ذنب له». والتوبة تؤكد الذات وتجعل الفرد يتقبل ذاته من جديد بعد أن كان يحتقرها ونحن نعرف أن : «كل ابن آدم خطاء وخير الخطائين التوابون». قال الله تعالى: ﴿إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ التَّوَّابِينَ وَيُحِبُّ الْمُتَطَهِّرِينَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَهُوَ الَّذِى يَقْبَلُ التَّوْبَةَ عَنْ عِبَادِهِ وَيَعْفُو عَنِ السَّيِّئَاتِ وَيَعْلَمُ مَا تَفْعَلُونَ﴾. والتوبة كما يقول الإمام أبو حامد الغزالى (فى إحياء علوم الدين) لها أركان ثلاثة: علم وحال وفعل. فالعلم هو معرفة ضرر الذنب المخالف لأمر الله ، والحال هو الشعور بالذنب، والفعل هو ترك الذنب والنزوع نحو فعل الخير . والتوبة لا بد أن يتبعها تغير السلوك المنحرف إلى سلوك سوى صالح . قال الله تعالى: ﴿كَتَبَ رَبُّكُمْ عَلَىٰ نَفْسِهِ الرَّحْمَةَ أَنَّهُ مَنْ عَمِلَ مِنكُمْ سُوءًا بِجَهَالَةٍ ثُمَّ تَابَ مِنْ بَعْدِهِ وَأَصْلَحَ فَأَنَّهُ غَفُورٌ رَّحِيمٌ﴾ . ومن شروط التوبة العزم على عدم العودة إلى المعاصى والذنوب. قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا تُوبُوا إِلَى اللَّهِ تَوْبَةً نَّصُوحًا عَسَىٰ رَبُّكُمْ أَن يُكَفِّرَ عَنكُمْ سَيِّئَاتِكُمْ وَيُدْخِلَكُمْ جَنَّاتٍ تَجْرِى مِن تَحْتِهَا الأَنْهَارُ﴾.

٣. **الاستبصار:** وهو الوصول بالمريض إلى فهم أسباب شقائه النفسى ومشكلاته النفسية والدوافع التى أدت إلى ارتكاب الخطيئة والذنوب ، وفهم المريض لنفسه وطبيعته الإنسانية ومواجهتها وفهم ما بنفسه من خير ومن شر وتقبل المفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا. ويتضمن هذا نمو الذات البصيرة، وهى الذات التى تحكم السلوك السوى للإنسان فى ضوء بعدين رئيسيين: البعد الرأسى الذى يحدد علاقة الإنسان بربه، والبعد الأفقى الذى يحدد العلاقة بين الإنسان وأخيه الإنسان. قال الله تعالى: ﴿وَإِنِّى لَغَفَّارٌ لِّمَن تَابَ وَآمَنَ وَعَمِلَ صَالِحًا ثُمَّ اهْتَدَىٰ﴾. وقال تعالى: ﴿ بَلِ الإِنسَانُ عَلَىٰ نَفْسِهِ بَصِيرَةٌ﴾.

٤. **التعلم:** ويتضمن ذلك التعليم واكتساب مهارات وقيم واتجاهات جديدة، ومن خلال ذلك يتم تقبل الذات وتقبل الآخرين والقدرة على ترويض النفس وعلى ضبط الذات وتحمل المسئولية والقدرة على تكوين علاقات اجتماعية مبنية على الثقة المتبادلة والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، واتخاذ أهداف واقعية مشروعة فى الحياة مثل القدرة على الصمود وعلى العمل والإنتاج. وهكذا يتم تكوين وتنمية النفس اللوامة أوالضمير أو الأنا الأعلى كسلطة داخلية أو رقيب نفسى على السلوك. ويتم تطهير النفس وإبعادها عن الرغبات المحرمة واللا أخلاقية واللااجتماعية. ويستقيم سلوك الإنسان بعد أن يتبع السيئات الحسنات فتمحوها، وتطمئن

النفس المطمئنة. قال الله تعالى: ﴿إِنَّ الْحَسَنَاتِ يُذْهِبْنَ السَّيِّئَاتِ﴾ . وقال تعالى: ﴿يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ (٢٧) ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَّرْضِيَّةً (٢٨) فَادْخُلِي فِي عِبَادِي (٢٩) وَادْخُلِي جَنَّتِي﴾.

٥.الدعاء: وهو سؤال الله القريب المجيب والاستعانة به والتضرع إليه والالتجاء إليه فى كشف الضر عند الشدائد(١). قال تعالى: ﴿وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُوا لِي وَلْيُؤْمِنُوا بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِن يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ﴾. وقال رسول الله ﷺ : «إذا سألت فاسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله». وفى الدعاء سمو روحى يقوى النفس بالإيمان ، وهو علاج أكيد للنفس التى أشرفت على الهلاك حين يطلب الإنسان العون من القوى القادر فيشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف مما ينتشله مما هو فيه من الهم والتوتر والضيق. قال الله تعالى: ﴿وَقَالَ رَبُّكُمُ ادْعُونِي أَسْتَجِبْ لَكُمْ﴾. ويجب أن يستمر الدعاء فى السراء والضراء . روى عن النبى ﷺ أنه قال: «دعوة ذى النون إذ دعا ربه وهو فى بطن الحوت . لا إله الا أنت سبحانك انى كنت من الظالمين»، لم يدع بها رجل مسلم فى شئ قط، إلا استجيب له.

٦.ابتغاء رحمة الله: وفى ذلك قوة روحية تؤدى إلى التفاؤل والأمل وتدخل إلى النفس المعذبة المتشائمة العزاء وتخلصها من الآلام والمتاعب. وبالإيمان والأمل يعالج الفرد ما يعتريه من مشكلات متذرعا بالحكمة والصبر مترقبا رحمة الله وانفراج الأزمة. قال الله تعالى: ﴿وَرَحْمَتِي وَسِعَتْ كُلَّ شَيْءٍ﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ رَحْمَتَ اللَّهِ قَرِيبٌ مِّنَ الْمُحْسِنِينَ﴾.

٧.الاستغفار: الإنسان غير المعصوم من الخطأ إذا أخطأ وشعر أنه ظلم نفسه وصحا ضميره لا يقنط من رحمة الله بل يذكره ويستغفره ويسترحمه واثقا فى قوله تعالى: ﴿اسْتَغْفِرُوا رَبَّكُمْ إِنَّهُ كَانَ غَفَّارًا﴾. وقال تعالى: ﴿وَمَن يَعْمَلْ سُوءًا أَوْ يَظْلِمْ نَفْسَهُ ثُمَّ يَسْتَغْفِرِ اللَّهَ يَجِدِ اللَّهَ غَفُورًا رَّحِيمًا﴾. وقال تعالى: ﴿قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَىٰ أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾ . وقال تعالى: ﴿ وَالَّذِينَ إِذَا فَعَلُوا فَاحِشَةً أَوْ ظَلَمُوا أَنفُسَهُمْ ذَكَرُوا اللَّهَ فَاسْتَغْفَرُوا لِذُنُوبِهِمْ وَمَن يَغْفِرُ الذُّنُوبَ إِلَّا اللَّهُ وَلَمْ يُصِرُّوا عَلَىٰ مَا فَعَلُوا وَهُمْ يَعْلَمُونَ (١٣٥) أُولَٰئِكَ جَزَاؤُهُم مَّغْفِرَةٌ مِّن رَّبِّهِمْ﴾. وقال الله عز وجل فى حديث قدسى: «ياعبادى إنكم

---

(١) يقول الشاعر:

من يسأل الناس يحرموه وسائل الله لا يخيب

تخطئون بالليل والنهار وأنا أغفر الذنوب جميعا ، فاستغفرونى أغفر لكم».وروى عن النبى ﷺ أنه قال : «من لزم الاستغفار ، جعل الله له من كل هم فرجا ومن كل ضيق مخرجا ، ورزقه من حيث لا يحتسب».

٨.ذكرالله: وذكر الله غذاء روحى يبث الطمأنينة والهدوء والسعادة فى نفس الإنسان ، ويبعد الهم والقلق ويبعد الأفكار الوسواسية والسلوك القهرى، ويبعد الشيطان الرجيم[١]. قال الله تعالى: ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللَّهِ أَلا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾. وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اذْكُرُوا اللَّهَ ذِكْرًا كَثِيرًا (٤١) وَسَبِّحُوهُ بُكْرَةً وَأَصِيلاً (٤٢) هُوَ الَّذِي يُصَلِّي عَلَيْكُمْ وَمَلائِكَتُهُ لِيُخْرِجَكُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّورِ وَكَانَ بِالْمُؤْمِنِينَ رَحِيمًا﴾. وقال تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ اتَّقَوْا إِذَا مَسَّهُمْ طَائِفٌ مِّنَ الشَّيْطَانِ تَذَكَّرُوا فَإِذَا هُم مُّبْصِرُونَ﴾.

٩.الصبر: الصبر مفتاح الفرج . والصبر وتفويض الأمر إلى الله فضيلة خلقية ونعمة روحية يعتصم بها الإنسان فتهدأ نفسه ويسكن قلبه ويطمئن . والصبر يبعد الشيطان ويرضى الرب ويسر الصديق ويسوء العدو. والصبر عون نفسى هائل يقى الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والبلايا والمصائب. ومن الصبر المثابرة على العبادة، ومنه الشجاعة على المكاره، ومنه كتمان الأسرار، ومنه تحمل أذى الناس. قال الله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اسْتَعِينُوا بِالصَّبْرِ وَالصَّلاةِ إِنَّ اللَّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَبَشِّرِ الصَّابِرِينَ (١٥٥) الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُم مُّصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ (١٥٦) أُولَئِكَ عَلَيْهِمْ صَلَوَاتٌ مِّن رَّبِّهِمْ وَرَحْمَةٌ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُهْتَدُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَإِن تَصْبِرُوا وَتَتَّقُوا فَإِنَّ ذَلِكَ مِنْ عَزْمِ الأُمُورِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَلَنَجْزِيَنَّ الَّذِينَ صَبَرُوا أَجْرَهُم بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾. وقال بعض الحكماء : العاقل يفعل فى أول يوم من المصيبة ما يفعله الجاهل بعد أيام[٢].

---

(١) يقول الشاعر محمد الأسمر:

يا رب ذكراك ملء قلبى ... فى كل آن وملء نفسى
فيا لها من نعيم أمن ... ويا لها من نعيم أنس

(٢) يقول الشاعر:

ومن يستعن بالصبر نال مراده ... ولو بعد حين، إنه خير مسعد

ويقول آخر:

إنى رأيت وفى الأيام تجربة ... للصبر عاقبة محمودة الأثر

١٠. **التوكل على الله:** التوكل على الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره زاد روحى يطمئن النفس ويسكنها ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل. قال الله تعالى: ﴿ اللَّهُ لا إِلَهَ إِلاَّ هُوَ وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾. وقال تعالى: ﴿وَعَلَى اللَّهِ فَتَوَكَّلُوا إِن كُنتُم مُّؤْمِنِينَ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَإِلَيْهِ يُرْجَعُ الأَمْرُ كُلُّهُ فَاعْبُدْهُ وَتَوَكَّلْ عَلَيْهِ﴾ . وقال تعالى: ﴿وَمَن يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ﴾.

استخدامات العلاج النفسى الدينى:

يستخدم العلاج النفسى الدينى بصفة خاصة فى الحالات التى يتضح أن أسبابها وأعراضها تتعلق بالسلوك الدينى وفى حالات القلق، والوسواس، والهستيريا، وتوهم المرض، والخوف، والاضطرابات الانفعالية، ومشكلات الزواج، والإدمان ، والمشكلات الجنسية.

خاتمة:

وبعد ، فقد رأينا أن الدين وسيلة لتحقيق الإيمان والأمان والسلام النفسى وهو هبة من الله لخير الإنسان يعينه على الحياة السوية. والدين إيمان وأخلاق وعمل صالح . وهو طريق إلى العقل. والدين محبة وهو الطريق إلى الخلاص والسعادة والسلامة وهكذا نرى أن العلاج النفسى الدينى هو أجود العلاج وأنفعه وأفضله ، وأنجعه، وأكمله وأجمعه. والعلاج النفسى الدينى **يحقق الهدف المطلوب** وهو النفس المطمئنة التى توفق بين النفس الأمارة بالسوء وبين النفس اللوامة، وتنمية النفس البصيرة.

والله الموفق،

المراجع

- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٧٣). الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحةالنفسية. مارس ١٩٧٣. ص ٣٢ ـ ٣٥.

- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٧٣أ). الاتجاهات النفسية عند الأولاد والوالدين والمربين نحو بعض المفاهيم الاجتماعية. فى الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس. القاهرة : عالم الكتب. ص٢٧ ـ ٧٣.

- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٧٤). الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

- **حامد عبدالسلام زهران** (١٩٧٤أ). علم النفس الاجتماعى. (ط٣). القاهرة : عالم الكتب.

- **حامدعبدالسلام زهران** (١٩٧٥). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.

- **شمس الدين بن قيم الجوزية (مراجعة وتعليق) عبدالغنى عبدالخالق وآخرون** (١٩٥٧). الطب النبوى. القاهرة: دار إحياء الكتب العربية.

- **عفيف عبدالفتاح طبارة** (١٩٧٣). روح الدين الإسلامى (ط١١) بيروت: دار العلم للملايين.

- **محمد كامل النحاس** (١٩٦٤). الدين والصحة النفسية . مجلة الصحة النفسية العدد الثانى. ص ١ ـ ٥

- **مصطفى أحمد فهمى** (١٩٧٠). الإنسان وصحته النفسية . القاهرة :مكتبة الأنجلو المصرية.

- **مصطفى عبدالواحد** (١٩٧٠). شخصية المسلم كما يصورها القرآن (ط٣)، القاهرة : مكتبة عمار.

[١٥] مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج دراسة كلينيكية(*)

مقدمة:

يهتم الباحث فى الدراسة الحالية بتقديم نموذج جديد لعملية الإرشاد والعلاج النفسى ، مستخدما «**مقدمة فى الإرشاد والعلاج النفسى**» ـ كأداة لإعداد العميل ـ فى إطار دراسة كلينيكية ، محاولا اختبار مدى تأثيرها فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

وقد امتدت الفترة الزمنية التى استغرقتها هذه الدراسة الكلينيكية على مدى ثلاثة أعوام حيث بدأت فى العام الجامعى ٧١/ ١٩٧٢ وانتهت فى نهاية العام الجامعى ٧٣/ ١٩٧٤.

والمقصود بالإرشاد النفسى هنا «الإرشاد العلاجى غير المباشر» . والمقصود بالعلاج النفسى «العلاج النفسى المركز حول العميل». وهما توأمان كما هو معروف لدى أخصائيى الإرشاد والعلاج النفسى، والفرق بينهما فرق فى العميل وليس فى العملية ، وفرق فى الدرجة وليس فى النوع.

والإرشاد العلاجى Clinical Counselling هو عملية مساعدة العميل فى اكتشاف وتحليل وفهم نفسه وحاجاته الشخصية والنفسية ومشكلاته السلوكية وحلها، ومساعدته فى تحديد أهداف تمكنه من أن يعيش فى أحسن صورة بالنسبة لنفسه وبالنسبة للمجتمع، ومساعدته فى تحقيق أفضل مستوى من التوافق فى علاقاته الشخصية، ومساعدته فى تحصين وتحسين شخصيته حتى يحقق التوافق فى حاضره ومستقبله، ومساعدته فى معرفة العلاقة بين الشخصية السوية والنجاح فى الحياة حتى تتحقق له السعادة مع نفسه ومع الآخرين وفى المجتمع بصفة عامة (حامد زهران، ١٩٧٤).

والعلاج النفسى المركز حول العميل Client- Centered Therapy يعرف أيضا باسم العلاج غير المباشر أو غير الموجه. وهو مساعدة العميل فى حل مشكلاته الشخصية ذات الصبغة الانفعالية بما يحقق استئناف النمو النفسى السوى. ويركز أساسا عن مفهوم الذات لدى العميل باعتباره حجر الزاوية فى الشخصية، وتناوله بما يحقق التطابق مع الواقع والتوافق النفسى.

(*) فى الكتاب السنوى فى التربية وعلم النفس، مجلد ٤، ص ٣ ـ ٨٥.

ويصلح العلاج التفسى المركز حول العميل لعـميل مقبل ناضج لديه درجة من الاستبصار تمكنه من أن يمسك بزمام مشكلته فى يده وأن يعالجها بذكاء تحت إرشاد المعالج غير المباشر.

وسوف نذكر أهم الملامح العملية للإرشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل عند الكلام عن الدراسة الكلينيكية .

ولقد جاء اختيار **طريقة العلاج النفسى المـركز حول العميل** على أسـاس أنه كان على الباحث أن يختـار إحدى طرق العـلاج ، تثبيـتا لمتغـير هام فى الدراسة وهو مـتغيـر طريقة العلاج. وليس معنى هذا الاختيارأنه اختيار تفضيل، ولكنه اختيار الطريقة التى تتمشى - أكثر من غـيرها ـ مع الأسلوب الذى أراد أن تدور الـدراسة حـوله وهو تقديـم عمليـة الإرشاد والعـلاج النفسى ـ كإعداد ـ قبل إجراء العملية نفسها لدراسة آثار هذا الأسلوب.

والأسس المشتـركة التى يقـوم عليهـا توأما الإرشاد العـلاجى والعلاج النفـسى المركـز حول العـميل كـثيـرة . وأهم هذه الأسس: حق الفرد فـى الإرشاد والعـلاج النفسى، وحـقه فى تقـرير مصـيره، واستعـداده للإرشاد والعلاج، واحتـرام فرديته، وتقـبله ، واعتبـار عملية العلاج عـملية تعلم.

ويقوم كل من الإرشـاد العلاجى والعلاج الـنفسى المركـز حول العمـيل إلى حد كبـير على نظرية الذات لـكارل روجـزRogers (١٩٤٢، ١٩٤٦، ١٩٤٨, ١٩٥١, ١٩٥٩, ١٩٦٠)، حيث يلخص العـمليةفى إقامـة علاقة وتهيـئة مناخ نفسى يسـتطيع العميل من خـلاله أن يحقق أفضل نمو وتوافق نفسى.

ويعتبر **مفهوم الذات** ـ وهو فكرة الفرد عن ذاته أو تعـريفه النفسى لذاته ـ بمثابـة محدد هام للسلوك، ويحتل مكان القلب من نظرية الذات لروجرز.

ولمفهوم الذات مستويات منها: مفهـوم الذات المدرك ، ومفهوم الذات الواقعى، ومفهوم الذات الاجتماعى، ومفهوم الذات المثالى ، ومفهوم الذات الخاص.

والفرد لديه دافع أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته. ويمر الفرد بخبرات فى حياته قد تتفق أو لا تتفق مع مفهومه عن ذاته ، فإن اتـفقت تبناها وأدت إلى توافقه النفسى، وإن لم تتفق أدت إلى تهديد مـركز الذات وسوء التـوافق النفسى. وهنا يرمز الفـرد أو يتجاهل خـبراته المهددة فتـصبح شعورية أو لا شعورية.

ويتفق السلوك غـالبا مع مفـهوم الذات ، وبعضه قـد لا يتفق مع بنية الذات. وفى حـالة عدم الاتفاق أو التعارض يحدث عدم التوافق النفسى.

ويسلك الفرد ككل منظم فى المجال الظاهرى (أى الشعورى) كما يدركه وكما يخبره ذاتيا ويعتبره «واقعا» . والمجال غير الظاهرى يرتبط بالذات الظاهرية (أى الشعورية) كما يدركها الفرد، وهو غير المجال غير الظاهرى (أى اللاشعورى) الذى يتضمن الأجزاء اللاشعورية من الذات والخبرات.

ويمكن تركيز مستويات الذات فى ثلاثة رئيسة هى:

مفهوم الذات العام: General Self- Concept ويضم مفهوم الذات الواقعى (وهو المفهوم المدرك للذات الواقعية كما يعبر عنه الشخص ، ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد خصائص الذات الواقعية، وكما تنعكس إجرائيا فى وصف الفرد لذاته كما يدركها هو)، ومفهوم الذات الاجتماعى (وهو المفهوم الاجتماعى المدرك للذات كما يعبر عنه الشخص ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد الصورة التى يعتقد أن الآخرين فى المجتمع يتصورونها والتى يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعى مع الآخرين فى المجتمع)، ومفهوم الذات المثالى (وهو المفهوم المدرك للذات المثالية كما يعبر عنها الشخص ويشمل المدركات والتصورات التى تحدد صورة الشخص الذى يود أن يكون). وهذه المستويات شعورية يعرضها الفرد للمعارف والغرباء والأخصائيين النفسيين (حامد زهران، ١٩٧٦).

مفهوم الذات المكبوت:Reperssed Self - Concept وهو الذى يتضمن أفكار الفرد المهددة عن ذاته والتى نجح دافع تأكيد وتحقيق وتعزيز الذات فى تجنيد حيل الدفاع فدفعت بها إلى اللاشعور، ويحتاج التوصل إليه إلى التحليل النفسى.

مفهوم الذات الخاص: Private Self - Concept وهو أخطر هذه المستويات فهو يختص بالجزء الشعورى السرى الشخصى جداً أو العورى من خبرات الذات. ومعظم محتويات مفهوم الذات الخاص خبرات محرمة أو محرجة أو مخجلة أو معيبة أو بغيضة أو مؤلمة غير مرغوب فيها اجتماعيا . ويعتبر مفهوم الذات الخاص بمثابة «عورة نفسية» لا يجوز إظهاره أو كشفه أمام الناس، و تنشط الذات للحيلولة دون ظهور محتوياته الخطيرة المهددة ، وفى نفس الوقت تخفق فى كبته فى حيز اللاشعور فتظل محتوياته فى المنطقة الحدية بين الشعور واللاشعور.

وكل إنسان لديه مفهوم ذات: عام (يسهل كشفه)، ومكبوت (يقاوم الكشف بسبب التهديد). والفرق شاسع بين محتويات مفهوم الذات العام ومحتويات مفهوم الذات الخاص. والعميل من السهل أن يقول إن له زوجا أو زوجة ، ومن الصعب أن يقول إن له عشيقة أو عشيقا، ويمكن أن يذكر أنه يكسب عيشه من التجارة ولكنه لا يفصح عن أنه يتاجر فى المخدرات أو فى الدعارة.

وقد يعترف بفشله فى العمل لنقص ميله إليه أو لنقص عائده، وليس من السهل أن يعترف أن فشله فى الحياة يرجع إلى غشه فى الامتحانات أو إلى أن الشهادة التى يحملها مزورة.

ويهتم الإرشاد العلاجى النفسى المركز حول العميل بمفهوم الذات العام (الشعورى المتاح) الذى يتيح فهم الشخصية ، ومفهوم الذات الخاص (الشعورى العورى) الذى يهدد الشخصية.

ومن باب الاختصار ، نستخدم فى البحث مصطلحات على النحو الآتى:

«المقدمة» = مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى

«الدليل» = دليل فحص ودراسة الحالة.

«العميل» = المسترشد و / أوالمريض.

«المعالج» = المرشد و / أو المعالج النفسى.

«العلاج» = الإرشاد العلاجى و/ أو العلاج النفسى.

«ورقة المعلومات» = ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكلينيكية.

المشكلة:

وهكذا، ومن خبرة الإرشاد والعلاج النفسى، يلاحظ الأخصائيون ملاحظات لها أهميتها الخاصة فى عملية العلاج. ومن الملاحظات التى بلورت مشكلة البحث الحالى ما يلى:

ـ من أهداف العلاج النفسى مساعدة العميل فى فهم نفسه وحل مشكلاته ومواجهتها وتحويلها من مشكلات تسيطر عليه إلى مشكلات يسيطر عليها، وتعديل السلوك غير السوى، وتعلم السلوك السوى الناضج ، والتخلص من المشكلات السلوكية وزيادة البصيرة بالنسبة لها وتعليم أساليب مواجهتها مستقلا مستقبلا ، وتحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلمة، وتغيير مفهوم الذات السالب، وتحقيق تقبل الذات وزيادة قوة الذات وتدعيم بناء الشخصية ، وزيادة تقبل وتحمل المسئولية الشخصية بالنسبة لتقدم الإرشاد والعلاج نحو تحقيق هدفه الأسمى وهو التوافق والصحة النفسية.

ـ جميع المرشدين والمعالجين النفسيين يجمعون على أهمية وضرورة إعداد العميل لعملية الإرشاد والعلاج النفسى بتعريفه دوره فيها حتى يكون فاهما وإيجابيا ومتعاونا ، وفى نفس الوقت فإن من الملاحظ أن بعض المعالجين يقدمون خدمات العلاج ولا يقدمون المعرفة اللازمة للعميل.

ـ العميل إذا تحمل مسئولياته فى عملية العلاج وكان تعاونه صادقا، فإن مآل المشكلة أو المرض يكون أفضل .

ـ وراء كثير من الحالات النفسية محتوى خطير مهدد فى مفهوم الذات الخاص ـ وليس من السهل الإظهار والبوح فى وقت سريع مناسب فييسر عملية العلاج ويختصر زمنها ، وهو فى نفس الوقت ليس مكبوتا يحتاج استخراجه إلى تحليل نفسى عميق طويل الأمد.

ـ من أخلاقيات العلاج النفسى سرية المعلومات. فالعميل حين يفضى إلى المعالج بأسرار حياته ومحتوى مفهوم الذات الخاص قد يبوح بسلوك يشعره بالذنب أو يدينه قانونا. ولذلك فهو يحتاج إلى تأكيد مسبق أن كل مايبوح به من معلومات سوف يحاط بإطار كامل من السرية المطلقة وأن أسراره سوف تكون فى أمان تام.

ـ توجد بعض المفاهيم الخاطئة لدى بعض العملاء تمثل حجر عثرة فى سبيل نجاح عملية العلاج النفسى. فيظن البعض أن المرض النفسى مرادف لما يعرفه العامة باسم « الجنون»، وأن العيادة النفسية لا يذهب إليها إلا «المجانين»، ومن ثم فهم يتحاشون العلاج ، وإذا بدأوه فقد ينقطعون عن مواصلته. ويعتقد بعض العملاء أن المعالج يتدخل فى شئون حياتهم الخاصة وتفاصيل سلوكهم وأسرارهم بدرجة كبيرة، و من ثم يبدون مقاومة أثناء العلاج . ويخطئ بعض العملاء فيعتقدون أن على المعالج أن يعمل لهم كل شئ وأن يحل لهم مشكلاتهم، وكأنه يملك قوة سحرية يسخرها فى ذلك، و يصعب عليهم أن يفهموا أن على عاتقهم تقع مسئولية كبيرة فى عملية العلاج. وكثير من العملاء يذهبون إلى المعالج النفسى متوقعين وصف دواء يعالج الحالة. وإذا قال لهم إن الدواءفى حد ذاته لن يحل مشكلاتهم شعروا بخيبة أمل. وقد يستغرق العلاج النفسى بعض الوقت فى جلسات متباعدة فيفقد العميل ثقته فيه وقد يتملكه اليأس ويتجه إلى الدجالين ممن يدعون أنهم«علماء التنويم المغنطيسى والسحر والأعمال»، وأن فى دجلهم الشفاء من كل داء . وكل هؤلاء العملاءيجب تغيير اتجاهاتهم منذ البداية.

ـ بعض العملاء يحالون إحالة إلى العلاج ، وقد يكون استعدادهم وتقبلهم لعملية العلاج ليس بالدرجة التى تكون عند المقبلين من تلقاء أنفسهم.

وفى ضوء هذا تبلورت مشكلة البحث الحالى وهى ضرورة إيجاد وسيلة جديدة لإعداد العميل لعملية الإرشاد والعلاج النفسى بتعريفه الأسس التى تقوم عليهاوأهمية مفهوم الذات الخاص والبوح بمحتواه وإيضاح بعض الملحوظات عن أهمية فهمه لعملية العلاج، وأهدافها ، وأهمية تعاونه الصادق فيها ، وأخلاقياتها ، وتصحيح بعض المفاهيم الخاطئة التى قد تكون لديه، وأهمية إقباله وتعاونه وتحمله مسئوليته.

وهذه الوسيلة توصل إليها الباحث من خلال خبرته فى الإرشاد والعلاج النفسى وهى «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى»، وتقدم للعميل قبل بدء عملية العلاج ، إما فى صورة شفوية ، أو كتابية، أو صوتية.

الهدف:

يهدف البحث الحالى إلى تقييم ودراسة أهمية ومدى تأثير تقديم «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» فى عملية الإرشاد والعلاج ، على النحو التالى:

١ ـ دراسة المقدمة من حيث: ملاءمتها بالنسبة للعميل، وأهميتها فى تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص، وأثرها فى توفير بعض الوقت والجهد نتيجة إعداد العميل لعملية العلاج، وفعاليتها فى الحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى وتقليل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية، وفائدتها فى الاستغناء عن ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية كثيرة.

٢ ـ تحديد نوع العميل الذى يستفيد أكثر من تقديم المقدمة على أساس: درجة إقباله واستبصاره ، ومستوى تعليمه، وجنسه، ومجال الإرشاد والعلاج.

٣ ـ معرفة أفضل الظروف لإنجاح عملية العلاج واختصار زمنها فى حالة استخدام المقدمة من حيث: درجة تقبلهاوالاستفادة بها، والالتزام بالخطوط العريضة الموضحة بها من جانب العميل.

بحوث سابقة:

استعرض الباحث البحوث السابقة المتعلقة بالبحث الحالى، واختار منها ما يندرج تحت المحاور الرئيسة الآتية: الإرشاد والعلاج النفسى المختصر، وفهم واستكشاف الذات ومفهوم الذات الخاص، والبوح والانفتاح فى عملية الإرشاد والعلاج، والإعداد لعملية الإرشاد والعلاج وأثره.

الإرشاد والعلاج النفسى المختصر:

بذل العلماء جهودا عديدة لإيجاد شكل من العلاج النفسى المختصر الذى يستغرق وقتا أقصر من الوقت الذى تستغرقه طرق العلاج النفسى المطول، وذلك لمقابلة مطالب الشعب المتزايدة فى العلاج النفسى، وبشرط تحقيق أهدافه فى وقت مناسب. وقد أسفرت هذه الجهود عن ظهور أشكال من التحليل النفسى المختصر، والتحليل التنويمى الإيحائى، والتحليل التخديرى، والتنفيس الانفعالى، وعلاج الشرح والتفسير، والعلاج بالإقناع المنطقى. والتراث العلمى الحالى

فى الإرشـاد والعلاج النفـسى غنى بالجهـود المكثفـة. وأقسـام الإرشاد والصـحة النفـسية تـوجه الدراسات والبـحوث نحو تطوير طرق الإرشـاد والعلاج النفسى إلى «عـملية مختـصرة». وعلى سبيل المثال لا الحصر، انظر ستراكرStraker (١٩٦٨)، كلاين Kline (١٩٦٠).

فهم واستكشاف الذات ومفهوم الذات الخاص:

فى دراسة سـابقة للـباحث (حامـد زهران Zahran، ١٩٦٦ ,١٩٦٧). عن نـظريـة الذات والعلاج النفسى المـركز حول العميل، وجد أن مـفهوم الذات مفهوم هام ومـركزى فى الإرشاد العلاجى والعـلاج النفسى المـركز حول العـميل. وظهر أن تقـرير ومعـرفة الجوانب الشـعورية للذات ومفـهوم الذات أمر ضـرورى للحصول على فـهم كاف لمفهـوم الذات والسلوك والتوافق النفسى. وتأكد أن أحـسن طريقة لفهم السلوك هو من الإطار المرجعى للسـالك نفسه، وأنه يجب عمل حساب عامل الدفـاع ومراعاة القبول الاجتماعى فى طرق تقيـيم الذات وفى التقارير الذاتية وفى عمليـة الإرشاد والعـلاج النفسى وبالذات فى حـالة وجود مفـهوم الذات السـالب أو وجود محتوى مهدد فى مفهوم الذات الخاص.

وقام الباحث (حامـد زهران، ١٩٧٢). ببحث آخر ودرس مفهوم الذات الخـاص فى التوجيه والعلاج النفسى، وتناول مفهوم الذات الخاص بالتفصيل وأدخله كأحد المكونات الهامة فى نظرية الذات وكعنصـر هام فى عمليـة العلاج النفـسى المركـز حول العمـيل. وتناول مفـهوم الذات الخاص فى اطار نـظرية الذات والعلاج المركـز حول العـميل والمعـالج: وبدأ فيه فكـرة تقديم «مقـدمة الإرشـاد والعلاج النفسى». وألـف «اختبـار مفهـوم الذات الخاص» وحـدد تطبيـقاته هو وبعض الاختبارات الأخرى ، ثم تابع عملية التشخيص والعلاج النفسى المركز حول العميل.

وقام تينجلى Tingley (١٩٧١). بدراسة أثر العـلاقة وجهـا لوجه بين المرشد والعـميل فى استكشاف العميل لذاته ، وبحث أثر تكرار الجلسـات الإرشادية فى زيادة استكشاف ذاته. ووجد أن متانة العلاقة والإرشادية والثقة المتبادلة تساعد فى زيادة استكشاف الذات التى تتزايد مع تكرار الجلسات وأن هذا يؤدى إلى فعالية العملية الإرشادية.

البوح والانفتاح فى عملية الإرشاد والعلاج:

يقول جرانوف Granoff (١٩٧١) إن البوح والانفـتـاح أو كشف الـذات يحتاج إلى عـلاقة إرشادية مـتينة ودرجـة عاليـة من الرضا عن العـملية الإرشـادية والإقبـال عليها والاتجـاه الموجب نحوها.

وأوضحت دراسة دينتون Denton (١٩٧٢) أن قوة ومتانة العلاقة الإرشادية تؤثر تأثيرا حسنا فى فعاليـة العملية الإرشادية وفى تغيـير السلوك. وأكدت كذلك أن البوح والانفـتاح من جانب

العميل عنصر له أهمية بالغة فى نجاح عملية الإرشاد ، ويفيد فى ذلك قوة ومتانة العلاقة الإرشادية، بينما البوح والانفتاح من جانب المرشد ليس له أهمية.

ودرس لورنس جونز Jones (١٩٧٢) العلاقة بين درجة التمتع بالصحة النفسية والجنس والمستوى الاجتماعى الاقتصادى من ناحية، وبين البوح والانفتاح من ناحية أخرى. ووجد أن مستوى الصحة النفسية والجنس يؤثران فى عملية البوح ، حيث فى مستوى الصحة النفسية المرتفع يكون بوح الإناث أكثر وأصرح من بوح الذكور فى الأمور الشخصية ، بينما فى مستوى الصحة النفسية المتوسط والمنخفض ، فإن الإناث والذكور يتساوون فى عملية البوح. ولم يجد جونز علاقة ذات دلالة بين المستوى الاجتماعى الاقتصادى وبين البوح فى عملية الإرشاد والعلاج.

وأكدت سوزان كيرث Kurth (١٩٧٢) أهمية البوح والانفتاح فى العلاقات الشخصية والاجتماعية بين المرشدين والمعالجين وعملائهم، ودرست المحددات الشخصية والموقفية للبوح الصريح ، ووجدت أن من هذه المحددات الهامة: سمة البوح لدى الفرد ، وفكرته الأولية عن عملية الإرشاد والعلاج.

ووجد أرنيكليف Arneklev (١٩٧٢) أنه عندما يكون هناك تقرير عن الذات يتضمن البوح، فإن هذا ينشط عوامل الدفاع النفسى لدى الفرد ، ولذلك يجب عمل حساب ذلك تماما فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

الإعداد لعملية الإرشاد والعلاج وأثره:

قام كوفكى Kaufki (١٩٧١) ، وجوى Goi (١٩٧١) بدراسة أثر الإعداد لعملية الإرشاد على هيئة تدريب مسبق فى استكشاف وفهم الذات ، وذلك باستخدام تسجيل معد مسبقا بهدف تدريب المسترشد على استكشاف ذاته. ووجد فى هذين البحثين أن التدريب المسبق له تأثير فعال فى استكشاف وفهم الذات، والاستفادة من عملية الإرشاد وبصفة خاصة فى حالة العملاء الذين يطلبون الإرشاد العلاجى، فإنهم يكونون أكثر كشفا واستكشافا لذاتهم من أولئك الذين يطلبون الإرشاد التربوى أو المهنى. وأكد الباحثان أهمية التدريب المسبق، أى تقديم عملية الإرشاد للمسترشد وتعريفه بها قبل إجرائها وذلك فى ضوء ما وجد من أن ذلك يزيد إمكانات المسترشد فى فهم واستكشاف ذاته.

خطة البحث الحالى:

وفى هدى التقديم السابق، وتحديد المشكلة ، والهدف واستعراض البحوث السابقة ، تم وضع الخطة الآتية للبحث الحالى:

- اقتراح عدد من الافتراضات حول الموضوعات التى سبق تحديدها فى مشكلة البحث، وفى ضوء أهدافه ، وبالاستعانة بنتائج البحوث السابقة.
- اختيار عينة البحث بحيث تضم عينة للدراسة الكلينيكية وعينة ضابطة .
- إعداد أدوات البحث المناسبة لدراسة كل من الافتراضات.
- إجراء دراسة إكلينيكية للتحقق من مدى صحة الافتراضات .
- تقرير النتائج التى يتم التوصل إليها وتفسيرها.
- استخلاص التطبيقات والتوصيات التى تفيد المرشدين والمعالجين فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

الفروض:

فى حدود التقديم السابق، وتحديد المشكلة، وهدف البحث، وفى ضوء نتائج البحوث والدراسات السابقة، ومن واقع خبرة الباحث فى الإرشاد والعلاج النفسى، وباعتبار أفراد عينة البحث الحالى من العملاء الذين تلقوا الإرشاد العلاج النفسى، اقترح الباحث الفروض التالية:

١ - «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى». حين يقدمها المعالج للعميل قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج تؤثر من حيث:

أ - تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص.

ب - توفير بعض الوقت والجهد نتيجة إعداد العميل لعملية العلاج.

جـ - الحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى وتقليل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية خلال عملية العلاج.

د - التخفف من ضرورة استخدام الاختبارات النفسية التشخيصية.

٢ - العميل الذى يستفيد بدرجة أكبر من «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» هو:

أ - العميل المقبل المستبصر بحالته.

ب - العميل الأعلى تعليما.

جـ - الإناث ذوات المشكلات الشخصية إذا قورن بالذكور.

د - العميل الذى يطلب الإرشاد العلاجى «الشخصى» يليه الذى يطلب الإرشاد التربوى يليه الذى يطلب الإرشاد المهنى.

٣ ـ عملية الإرشاد والعلاج النفسى تتم فى وقت أقصر وبنجاح أكبر فى حالة:

أ ـ استخدام المقدمة وتقبلها والاستفادة بما جاء فيها.

ب ـ التزام كل من المعالج والعميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

العينة:

تكونت عينة البحث الحالى من ٦٠ حالة من بين الحالات التى قام الباحث بإرشادها وعلاجها فى العيادة النفسية التابعة لقسم الصحة النفسية بكلية التربية جامعة عين شمس، خلال الأعوام الجامعية ٧١ / ١٩٧٢، ٧٢ / ١٩٧٣، ٧٣ / ١٩٧٤.

وتنقسم العينة الكلية إلى قسمين على النحو التالى:

١ ـ «عينة الدراسة» وتتكون من ٥٠ حالة، (٢٥ من الذكور، ٢٥ من الإناث). وقد تم اختيار هذا العدد بعد استبعاد حالات الذهان واستبعاد العدد الزائد عن طريق القرعة.

٢ ـ «عينة ضابطة» وتتكون من ١٠ حالات » (٥ ذكور ، ٥ إناث). وقد اختير هذا العدد من بين الحالات التى تماثل أفراد عينة الدراسة من حيث متوسط العمر، والجنس، ومتوسط درجة التعليم ، والحالة الاجتماعية ، والمهنة، وعدم احتوائها على حالات ذهان.

والمتغير الرئيس الذى يميز بين أفراد العينتين هو أن أفراد عينة الدراسة قدمت لهم« مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» بينما لم تقدم لأفراد العينة الضابطة.

وكان كل فرد من أفراد العينة بقسميها يحضر للعلاج مرة واحدة أسبوعيا، وكانت مدة الجلسة ساعة فى كل مرة.

ولما كان أفراد العينة من بين حالات العيادة النفسية التى تخدم أساسا طلاب الجامعات والمدارس ، فقد كان معظمهم من الطلاب (٦٠٪) ، العزاب (٧٢٪) فى مستوى التعليم العالى (٨٢٪) (انظر جدول ١).

جدول (١) بيانات خاصة بأفراد العينة (ن = ٥٠)

البيانات		النسبة المئوية
مستوى التعليم	عال	٪٨٢٪
	متوسط	٪١٢٪
	دون المتوسط	٪٦
المهنة	طالب	٪٦٠
	موظف	٪٣٦٪
	غير ذلك	٪٤
الحالة الاجتماعية	أعزب	٪٧٢٪
	متزوج	٪٢٢٪
	مطلق	٪٤
	أرمل	٪٢

الأدوات[(١)]:

مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى[(٢)]:

سبق أن أعد الباحث (حامد زهران، ١٩٧٢) موضوعا بعنوان « مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى»، يقدمه المعالج للعميل قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج كإعداد مسبق لتعريفه بالدور الإيجابى الذى يجب عليه أن يقوم به والإطار العام لطريقة الإرشاد والعلاج المركز حول العميل.

أما عن **محتوى المقدمة** فهو على النحو التالى:

- تقديم: يتضمن الترحيب بالعميل وتعريفه بموضوع المقدمة، والاستعداد لمساعدته ، وحثه على التعاون ، وتأكيد السرية المطلقة للمعلومات.

- إيضاح الهدف: ويوضح هدف الإرشاد والعلاج النفسى وهو تحقيق الصحة النفسية وصيانة الشخصية والتوافق النفسى مع تأكيد أهمية الوقاية كطريق والعلاج كعمل والصحة النفسية كهدف.

---

(١) جميع أدوات البحث أعدت لأغراض الدراسة الكلينيكية الحالية.

(٢) انظر نص «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» فى ملحق «١».

ـ تحديد المشكلة: ويتضمن توجيهات للعميل تعينه فى تحديد مشكلته بصدق ودقة.

ـ أسباب المشكلة: ويلفت نظر العميل إلى أن أسباب المشكلات تتعدد وتتفاعل بين داخلية وخارجية ، أصيلة ومساعدة ، حيوية ونفسية واجتماعية . ويستحث على ذكر الأسباب الخاصة بمشكلته كما يراها هو.

ـ أعراض المشكلة : ويعرف العميل بالأعراض التى تدل وجود المشكلة أو المرض ، وأن لها رموز اومعانى ووظائف وأهدافا لابد من معرفتها وأن منها أعراضا داخلية وأخرى خارجية ، ومنها أعراض عضوية المنشأ وأخرى نفسية المنشأ . ويلفت نظره إلى تصنيف الأعراض ونماذج منها. ويستحث على تجميع ما قد يكون لديه من هذه الأعراض كما يشعر بها هو.

ـ إجراءات الفحص : ويلفت نظر العميل إلى أهمية الفحص وهدفه وشروطه وأهمية الكشف عن مفهوم الذات ومحتوى مفهوم الذات الخاص. وينبه إلى أهمية الفحوص النفسية والاجتماعية والعصبية والطبية.

ـ أهمية التشخيص: ويوجه نظر العميل إلى أهمية التشخيص الدقيق فى تحديد المآل والعلاج المناسب، ويلفت نظره إلى مسئوليته فى إعطاء المعلومات بالنسبة لدقة التشخيص.

ـ علمية الإرشاد والعلاج النفسى: وهنا بؤرة التركيز والهدف الرئيس من المقدمة، حيث يعرف العميل بطرق وحالات الإرشاد والعلاج وأهم ملامح عملية الإرشاد والعلاج النفسى المركز حول العميل وخطواتها حتى إنهائها والمتابعة التى تليها.

ـ خاتمة : وأخيرا يعرف العميل بأن العملية تستغرق بعض الوقت، ويعرف بنظام الجلسات وزمنها ومواعيدها... إلخ، ويطلب إليه بدء العمل على بركة الله لتحقيق الهدف وهو الصحة النفسية.

هذا وقد أعد الباحث من المقدمة ثلاث صورة على النحو التالى:

ـ الصورة الشفوية : ويقدمها المعالج للعميل شفويا وجها لوجه، وهى شخصية يستخدم فيها المعالج ضمير المتكلم «أنا».

ـ الصورة الكتابية : وتقدم للعميل مكتوبة فى كتيب ليقرأها ، ويستخدم ضمير المتكلم «نحن» بحيث يمكن أن يستخدمها أى معالج (وهذه هى الصورة المنشورة فى ملحق البحث الحالى).

ـ الصورة الصوتية: وتقدم للعميل مسجلة على شريط بصوت المعالج ليسمعها ، ويستخدم فيها ضمير المتكلم «أنا».

وأعد الباحث صيغتين للمقدمة من كل من الصورة الشفوية والصورة الصوتية:

ـ صيغة المذكر: وتقدم الذكور.

ـ صيغة المؤنث : وتقدم اللإناث.

والصورتان متطابقتان تماما فيما عدا الفرق بين صيغة المذكر وصيغة المؤنث . وعدد محدود من العبارات التى تشتمل على أسباب أو أعراض خاصة بالذكور فقط فلا تقدم للإناث ، أو خاصة بالإناث فقط فلا تقدم للذكور (والصورة الكتابية الموجودة فى ملحق البحث فى صيغة المذكر).

ثم أجرى تحكيم بهدف التثبت من صلاحية المقدمة من حيث المحتوى والصورة والصيغة، فقدمت لستة حكام من بين العملاء الذين لم يدخلوا ضمن أفراد عينة البحث [(١)] من طلاب وطالبات الجامعة (ثلاثة طلاب وثلاث طالبات)، قدمت لهم الصورة الشفوية ثم الكتابية ثم الصوتية على انفراد وكانت نتيجة التحكيم كما يلى:

ـ قدم الحكام ملاحظات واقتراحات بتعديل بعض العبارات وتغيير وضع بعض الفقرات، وقد تم تنفيذ هذه الملاحظات والاقتراحات فعلا.

– أجمع الحكام على أنه لا يوجد فرق جوهرى ، فالنص واحد والمقدم واحد، والصوت واحد والمستقبل واحد.

– قرر بعضهم أن الصورة الشفوية فيها ميزة المواجهة المباشرة ، إلا أنه قد يتخللها مقاطعة وتساؤلات واستفسارات قد تخرج عن الموضوع ولا تضمن تقديمها مرة واحدة . إلا أن هذا أمر مرغوب، لأن الإجابة عن التساؤلات والاستفسارات هنا تكون فى لحظة سيكولوجية مناسبة وذلك من باب طرق الحديد وهو ساخن.

ـ أكد بعضهم أن الصورة الكتابية فيها ميزة مراجعة بعض النقاط وإمكان السير بسرعة العميل وليس بسرعة المعالج ، إلا أن فيها عيب احتمال التشتت والسرحان . ومن ينكر هذا على عميل لم يتم شئ بعد فى عملية علاجه؟

ـ رأى بعضهم أن الصورة الصوتية فيها ميزة تقديمها كجرعة كاملة ومركزة بدون مقاطعة،

(١) حرص الباحث على أن يكون الحكام من خارج أفراد العينة حتى لا يلفت نظر أى من أفراد عينة البحث إلى أن حالته موضع بحث ودراسة.

وأن هذا عيب فى نفس الوقت. لأن العميل قد يحتاج إلى الاستيضاح المباشر بخصوص بعض النقاط. ولقد لفت نظر العميل فى أول التسجيل الصوتى إلى إمكان إيقاف جهاز التسجيل بضغط مفتاح الإيقاف المؤقت للاستيضاح.

ـ فضل بعضهم التقليل من المصطلحات العلمية الواردة فى المقدمة خاصة غير المألوفة بالنسبة للعميل العادى، إلا أن هذه المصطلحات استبقيت عن قصد بالمقدمة بهدف استثارة بعض أسئلة من جانب العميل مما يحدد ويقود المناقشات خلال عملية العلاج، مع ملاحظة أن المقدمة أعدت أصلا للعملاء المثقفين ، وأنها لا تقدم للأطفال.

ـ أبدى بعض الحكام تحفظا تجاه استخدام الشعر والأمثال فى المقدمة بصفة عامة، معللين ذلك بالحرص على أن تكون كل المقدمة بأسلوب علمى بسيط دون أن يتخللها مادة أدبية . ولكن هذا الحكم مردود عليه، لأن الشعر يصور ويتناول الحياة، ويوجد فيه ما يعبر عن المشاعر والمشكلات وما يساعد فى التنفيس الانفعالى والمشاركة الوجدانية (انظر مارجوليس Margolis ، ١٩٧٢). ولقد قال رسول الله ﷺ . «إن من الشعر لحكمة». هذا بالإضافة إلى أن الأمثال تعبر عن ثقافة الأمة وتستخدم فى الأحاديث اليومية فى حياة الناس ويتحدد فى ضوئها السلوك الشخصى والاجتماعى . وكل من الشعرالمختار والأمثال المناسبة مفيد فى عملية الارشاد والعلاج لأنه معروف لكل من الطرفين، ويقرب وجهات النظر خاصة مايعبر عن المشاعر والعادات والتقاليد والحالة والموقف والسائد فى الثقافة والمعايير الاجتماعية...إلخ.

وأعد الباحث استفتاء مختصرا يقدم للعميل بهدف دراسة بعض آثار تقديم المقدمة فى عملية العلاج. وقد صمم الاستفتاء فى صورة مختصرة عمدا، وذلك حرصا من الباحث على عدم إشعار العميل أنه موضع بحث إلى جانب أنه فى عملية علاج.

ومن أمثلة بنود الاستفتاء:

ـ تحديد درجة مناسبة المقدمة.

ـ تحديد درجة استفادة العميل من المقدمة.

– تحديد درجة اقتناعه والتزامه بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

ـ تحديد درجة ضرورة المقدمة والحاجة إليها.

وتعويضا للاختصار الواضح فى استفتاء المقدمة أعد الباحث خطوطا عريضة بهدف مناقشة المقدمة مع العميل . وهنا محاولة لضرب عصفورين بحجر واحد، أى دراسة المقدمة ومدى

تأثيرها، وفى نفس الوقت إثراء الجلسات العلاجية بدليل محدد بخطوط عريضة معدة مسبقا، تدور حول الموضوعات الرئيسة فى محتويات المقدمة كما سبق بيانها.

ويلاحظ أن أخذ المقدمة والمناقشة التى تليها يستغرق جلسة كاملة.

اختبار مفهوم الذات الخاص[(١)]:

أعد الباحث اختبار مفهوم الذات الخاص فى بحث سابق عن «مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى» (حامد زهران، ١٩٧٢).

ويهدف الاختبار إلى استكشاف جانب هام وخطير من جوانب مفهوم الذات، وهومفهوم الذات الخاص والمحتويات الشعورية المهددة المختزنة فى أعماق «مستودع» مفهوم الذات الخاص.

وهو اختبار كلينيكى إسقاطى أنشئ بطريقة إكمال الجمل. ويتكون من ٦٠ جملة ناقصة يطلب من العميل إكمالها، ووضع نجمة أمام الأشياء التى يعتبرها هامة وتستحق عناية خاصة، مع التأكد من سرية الاختبار (ويلاحظ أن العميل لا يكتب اسمه على الاختبار ولكن يكتب رقما سريا يحدد له).

وتدور بدايات الجمل حول مشكلات وأسرار وخبرات ومشاعر ومخاوف واتجاهات وأسئلة وأخطاء ومثالب شخصية وسلوك العميل وذلك على النحو التالى:

- المشكلات الشخصية والأسرية والمدرسية والصحية.
- الأسرار الشخصية والأسرية والاجتماعية.
- الخبرات السيئة والذكريات المؤلمة والمواقف الحرجة.
- مشاعر الذنب والنقص والإحباط والتهديد والقلق.
- السلوك الخاطئ أو الشاذ وأسرار السلوك الجنسى.
- الأخطاء الشخصية والأسرية.
- مثالب الشخصية ومظاهر مفهوم الذات السالب.
- الموضوعات المخجلة والأسئلة المحرجة.
- المخاوف المرضية.
- الاتجاهات السالبة نحو الآخرين.

(١) انظر ملحق «٢».

ويتم **تقدير درجات اختبار مفهوم الذات الخاص** بواسطة معالج ذى خبرة، حيث إن الاختبار وضع أصلا كاختبار كلينيكى وكأداة فى يد المعالج النفسى. ويتم التقدير كما يلى:

* تحديد الاستجابات ذات الوزن الكلينيكى: ويقصد بالوزن الكلينيكى تقدير المعالج لمدى خطورة محتوى الاستجابة من حيث شذوذه عن السلوك العادى، مع وجود دلالة كلينيكية خاصة. مثال ذلك الاستجابات الآتية للفقرة، الشئ الذى لا أذكره إلا وأنا أتوب إلى الله هو ... «...علاقة جنسية مع محارم، أو... علاقات جنسية خارج الزواج ، أو جنسية ذاتية» هذه كلها استجابات ذات دلالة ووزن كلينيكى، وحتى وزنها الكلينيكى يتفاوت فى الثقل ، فالاستجابة الأولى هى ذات الوزن الكلينيكى الأثقل، يليها الاستجابة الثانية، ثم الثالثة... وهكذا . ويعتير الشخص عاديا إذا خلت استجاباته الكاملة من الدلالات والأوزان الكلينيكية.

* تحديد المشكلة الرئيسية : ويعبر عنها:

- الاستجابة ذات الوزن الكلينيكى التى تتكرر فى ثلاث فقرات فأكثر .
- استجابة واحدة ذات دلالة ووزن كلينيكى بين استجابات عادية فى الاختبار كله.

* تحديد المشكلات الخاصة: ويعبر عن كل منها:

- استجابة واحدة ذات دلالة ووزن كلينيكى.
- استجابة واحدة تعبر عن مشكلة خاصة فى رأى العميل ووضع أمامها علامة نجمة حسب تعلميات الاختبار.

* تحديد درجة تغليف الذات: ويعبر عنها عدد استجابات الامتناع عن البوح وهى استجابة «لاشئ» الذى يزيد على ٢٥٪ من فقرات الاختبار البالغ عددها ٦٠ والتى وضعت جميعها لتستثير استجابات ذات دلالة كلينيكية.

* تحديد درجة المقاومة: ويعبر عنها عدد الفقرات المتروكة بيضاء بدون استجابة الذى يزيد على ٢٥٪ من فقرات الاختبار ، وهى التى يتهرب العميل من الإستجابة لها.

* تحديد درجة المبادرة : أى درجة المبادرة بالبوح استجابة للمقدمة . ومقياس المبادرة هو الاستجابة إلى اختبار مفهوم الذات الخاص استجابة كاملة فى الجلسة التالية لأخذ المقدمة وعدم التغيير فى الاستجابات فيما بعد أثناء عملية العلاج (ويقصد بالاستجابة الكاملة هنا الاستجابة الخالية من وجود دلائل تغليف الذات والمقاومة).

مقياس «ك»[1]:

مقياس «ك» أو مقياس الكذب من إعداد الباحث.

وهدف مقياس «ك» هو التعرف على:

- مدى صدق أو كذب المفحوص بصفة عامة، وفى المعلومات التى يدلى بها بصفة خاصة.
- مدى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته للاختبارات والمقاييس النفسية.

وقد مر إعداد المقياس بخطوات بدأت بإعداد صورة تجريبية تضم ٥٠ عبارة مختارة مثل مقاييس الكذب الموجودة فى المقاييس النفسية المعروفة مثل قائمة أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory واختبار الشخصية المتعدد الأوجه Minnesota Multiphasic Personality Inventory وغيرهما من الاختبارات والمقاييس النفسية التى ترجع أصولها كما يقول هانز أيزنك إلى دراسة هارتسهورن وماى Hartshorn & May عن الخلق والعبارات التى يتكون منها المقياس معروف مقدما اتجاه الاستجابة الصحيحة بالنسبة لها فى ضوء ميلها نحو أو عن مراعاة القبول الاجتماعى Social Desirability (وهو ميل دفاعى عن الذات) حيث يحاول الفرد أن يعرض صورة مقبولة اجتماعيا لذاته، وذلك بأن يبرز السمات المقبولة اجتماعيا بصرف النظر عن وجودها لديه . وقد أكد إدواردزEdwards ضرورة ضبط هذا العامل الهدام فى أى دراسة كلينيكية (انظر حامد زهران ، ١٩٧٦).

وأعطيت الصورة التجريبية من المقياس لمائة طالب فى الصف الثانى الثانوى بقصد تحليل الفقرات . وقد تم فعلا إجراء بعض التعديلات وحذف بعض العبارات غير الفارقة فى الاستجابة وأصبح المقياس النهائى يتكون من ٤٠ عبارة تمثل عينة من السلوك الاجتماعى فى الحياة اليومية.

ويطلب من المفحوص الاستجابة للعبارة «بنعم» إذا كان ما يقوله يطابق سلوكه، والاستجابة «بلا» إذا كان مايقوله لا يطابق سلوكه.

وقد أجرى المقياس النهائى على ٣٠٠ طالب فى الصف الثالث الثانوى لاستخراج المتوسط والانحراف المعيارى. وكان متوسط درجة «ك» ١٢ر٢٤ والانحراف المعيارى ١٠ر٠٦

والدرجات المرتفعة على مقياس «ك» وهى التى تزيد عليى٣٠ (المتوسط + انحراف معيارى) تشير إلى مايلى:

(١) انظر ملحق «٣».

- ميل المفحوص إلى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته للاختبارات والمقاييس النفسية.
- ميله إلى المراوغة والمقاومة والإدلاء بمعلومات غير دقيقة فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

وفى هذه الحالات يجب أن تؤخذ استجابات المفحوص بحرص وحذر.

والدرجات المرتفعة جدا على مقياس «ك» وهى التى تزيد على ٣٦ (المتوسط+ انحرافين معياريين) تشير إلى مايلى:

- ميل المفحوص إلى الكذب بصفة عامة، وميله إلى الإدلاء بمعلومات كاذبة فى الاختبارات والمقاييس النفسية.
- ميله إلى الإدلاء بمعلومات كاذبة ومضللة وغير مطابقة للواقع فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

واستجابات مثل هذه الحالات تكون غير مقبولة وكاذبة.

ومن الملاحظات الجديرة بالذكر أن الحصول على درجة كذب عالية يمكن النظر إليه على أنه سمة شخصية جديرة بالاهتمام فى حد ذاتها خاصة فى عملية العلاج النفسى.

دليل فحص ودراسة الحالة(١):

أعد الباحث ما أسماه«دليل فحص ودراسة الحالة» - كدليل يسترشد به المعالج - فى مرونة - وهو يجمع المعلومات عن العميل ، وذلك حسب عمر وجنس وثقافة العميل، وحالته الاجتماعية. ويقصد بالمرونة مثلا الكلام بالعامية أو إضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر ، أو حذف بعض الفقرات التى تنطبق فقط على الجنس الآخر، أو على المتزوج فقط بالنسبة للأعزب ... إلخ.

ودليل الفحص طويل ومفصل، ولكن فى بعض الحالات يلاحظ المعالج أن حالة العميل لا تستدعى الفحص المفصل، ولذلك فقد وضعت علامة * تميز فقرات «دليل الفحص المختصر» الذى يمكن الاكتفاء به لاحتوائه على الحد الأدنى من المعلومات الأساسية الهامة.

أما عن محتوى دليل فحص ودراسة الحالة فيتكون من سبعة مباحث ، يتضمن كل منها عددا من الفقرات على النحو التالى:

البيانات العامة: الحالة ، الوالدان، ولى الأمر، الإخوة والأخوات، القرين ، الأبناء، الأقارب

(١) نظر ا لطول دليل فحص ودراسة الحالة فإن المجال هنا لا يتسع لنشره بالتفصيل ، ولذلك يكتفى بالإشارة إلى فقراته الرئيسة . أما «دليل فحص ودراسة الحالة،» المفصل فهو موجود فى آخر هذا الكتاب.

الذين يعيشون مع الأسرة ، الأفراد الذين يعولهم، الآخرون الذين يمكن الاستعانة بهم، محيل الحالة أو جهة الإحالة.

المشكلة أو المرض: تحديد المشكلة أو المرض الحالى، تاريخ المشكلة أو المرض ، المشكلات أو الأمراض الأخرى، طريقة حل المشكلات ، الجهود العلاجية السابقة ، التغيرات التى طرأت على الحالة، أسباب المشكلة أو المرض ، أعراض المشكلة أو المرض.

الفحص النفسى: آخر فحص نفسى ، الإصابة السابقة بالمرض النفسى، الأمراض النفسية فى الأسرة ، الذكاء ، القدرات العقلية ، الشخصية ، اضطرابات الشخصية ، الصحة النفسية والتوافق النفسى، الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض ، الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض، الأمراض النفسية.

البحث الاجتماعى: آخر بحث اجتماعى، المشكلات الاجتماعية السابقة، المشكلات الاجتماعية فى الأسرة، الأسرة، المدرسة، المهنة، المجتمع، عام.

الفحص الطبى: أخر فحص طبى، الإصابة السابقة بالأمراض الجسمية، العمليات الجراحية السابقة، الأمراض الجسمية فى الأسرة، الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة، الإصابات والجروح السابقة، الحالة الجسمية العامة، بيانات ومعلومات أساسية، أجهزة الجسم، الحواس، العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية، فحوص طبية أخرى.

الفحص العصبى: آخر فحص عصبى، الإصابة السابقة بالأمراض العصبية، الأمراض العصبية فى الأسرة، الأمراض العصبية الوراثية فى الأسرة، المخ، الأعصاب المخية، المخيخ، الحبل الشوكى، الأعصاب الشوكية، الجهاز العصبى الذاتى، الإحساس، فحوص عصبية أخرى.

ملاحظات عامة: فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص ، فهم التعليمات ، الاتجاه نحو الفحص، الاهتمام به، الرغبة فى إجرائه، الجهد الذى يبذله، الانتباه، التعاون، القدرة على التعبير عن النفس، مجرى الحديث، النشاط الجسمى، السلوك غير العادى أو الغريب.

أما عن تقدير السمات والقدرات والاستعدادات .. إلخ، فيكون على أساس تحديد درجة وجودها أو عدم وجودها، وليس على أساسى تحديد مجرد وجودها أو عدم وجودها. ويوضح التقدير على أساس مقياس خماسى يمثل درجة وجود السمة أو القدرة أو الاستعداد.

وفى تحديد أسباب المرض وأعراضه يجد المحلل عددا من الأسباب والأعراض بين قوسين ليضع دائرة حول السبب أو العرض حسب الحالة.

الدراسة الكلينيكية:

ملاحظتان هامتان:

فيما يلى ملاحظتان هامتان لابد من ذكرهما فيما يتعلق بالدراسة الكلينيكية الحالية:

- المقصود فى البحث الحالى ليس الكلام عن كل ما يحدث فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى، ولكن المقصود هو التركيز على مايتعلق بموضوع البحث وهو «مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى» وأثرها فى عملية الإرشاد والعلاج.

- منذ بدأ التفكير فى تجميع حالات البحث ، كان التخطيط هو توحيد الإجراءات العامة فى فحص ودراسة الحالات وتقديم أدوات البحث واتباع طريقة موحدة فى الإرشاد والعلاج مع الحالات التى تصلح لها.

العميل:

وفى إطار طريقة العلاج المختارة ، وهى طريقة العلاج المركزه حول العميل، ومن الزاوية الخاصة للدراسة الحالية، تمركزت عملية العلاج حول العميل الذى يفترض أنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، وأن لديه محتوى شعوريا مهددا فى مفهوم الذات الخاصة يدركه ويعى التهديد الناجم عنه، ويخبر شعوريا وفى وعى العوامل الكامنة فى عدم توافقه النفسى، ويكون قلقا ، يدرك الحاجة إلى العلاج ويقبل عليه من تلقاء نفسه، ويكون ذا بصيرة نامية أو قابلة للنمو، ويكون لديه عناصر قوة وقدرة على تقرير مصيره بنفسه، واتخاذ قراراته الخاصة وتحديد فلسفة حياته ، ويمكنه أن يعيد تنظيم مفهوم الذات ، ويكون على استعداد لتحمل مسئوليته فى العلاج وتوجيه نفسه تحت إشراف المعالج.

المعالج:

وقد كرس المعالج (الباحث) جهده فى الاهتمام بإخلاص بحالات العملاء من حيث تقبل كل عميل بدون شروط، بما يحقق شعوره بالأمن، وتشجيعه وفهم وجهات نظره، وحسن الإصغاء ، وتوجيه المقابلات (الجلسات) نحو تحقيق الهدف، وبيع الصداقة، وتجنب موقف الوعظ والنصح وتقييم السلوك، وعكس مشاعر العميل ثانية إليه (كالمرآة) ليقوم العميل بفحصها وتقييمها وتعديلها.. إلخ.

فحص ودراسة الحالة:

وفى جميع الحالات بدأت سلسلة المقابلات العلاجية بالمقابلات المبدئية . وكانت الخطوة

الموحدة فيها هى إجراء فحص ودراسة الحالة على هدى الدليل، بحيث يتم جمع المعلومات اللازمة عن المشكلة أو المرض والمعلومات النفسية والاجتماعية والطبية والعصبية الضرورية.

وكان الدليل المفصل يتبع فى بعض الحالات، بينما الدليل المختصر يتبع فى بعض الحالات الأخرى حسب ظروف الحالة.

وكانت غالبية الحالات ترتاح أكثر إلى الفحص المختصر، بينما بعض الحالات تتقبل الفحص المفصل على أساس أنه يشعرهم باهتمام المعالج تماما بكل كبيرة وصغيرة.

ويلاحظ أن الجزء الخاص بالفحص العصبى كان يجرى فى بعض الحالات فقط حسب ظروف الحالة، ويحال إلى الطبيب المختص بالعيادة.

تقديم المقدمة:

بعد المقابلة المبدئية التى كانت تستغرق الجلسة الأولى التى تم فيها فحص ودراسة الحالة، كانت المقدمة فى المقابلة التالية (أى فى الجلسة الثانية) كإعداد مسبق وبداية جادة لعملية العلاج.

وقد قدمت المقدمة إلى أفراد عينة الدراسة ، ولم تقدم إلى أفراد العينة الضابطة. أما باقى إجراءات الدراسة الكلينيكية ، فكانت موحدة بالنسبة لأفراد كل من عينة الدراسة والعينة الضابطة.

وكانت المقدمة تقدم فى الصورة التى يطلبها العميل ، وبعد تعريفه بأن منها ثلاث صور (شفوية، وكتابية، وصوتية).

استفتاء ومناقشة المقدمة:

وبعد تقديم المقدمة، كان الباحث يجرى استفتاء المقدمة المختصر مع العميل،يلى ذلك مناقشة المقدمة معه.

إجراء اختبار مفهوم الذات الخاص:

من أجل استكشاف محتويات مفهوم الذات الخاص كان الباحث يجرى اختبار مفهوم الذات الخاص على العميل فى الجلسة التالية لتقديم المقدمة . وكان يترك له حريةالاختيار بين أن يكتب هو استجاباته أو يمليهاعلى المعالج.

وبعد الانتهاء من إجراء الاختبار كان الباحث يقدر الدرجات ، فيحدد الاستجابات ذات الوزن الكلينيكى، والمشكلة الرئيسية، والمشكلة الخاصة، ودرجة تغليف الذات، ودرجة المقاومة، ودرجة المبادرة.

وفى حالات ارتفاع درجة المقاومة (حيث الفقرات المتروكة بدون استجابة تزيد على ٢٥٪ من مجموع الفقرات) كان الباحث يعود بعد مضى بضع جلسات لاستكمال الفقرات المتروكة وتقدير درجاتها.

تطبيق مقياس «ك»:

وللتأكد من درجة تغليف الذات (حيث استجابة «لا شئ» تزيد على ٢٥٪ من مجموع الفقرات)، كان الباحث يطبق مقياس «ك» على العميل، للتثبت من مدى صدقه أو كذبه بصفة عامة وفى المعلومات التى يدلى بها بصفة خاصة، ومدى مراعاة القبول الاجتماعى فى استجاباته، ومدى جديته فى عملية العلاج .

التشخيص:

كان الاهتمام منصبا على الوصول إلى التشخيص الدقيق للحالة، وكان المعالج يضع تشخيصا مبدئيا فى شكل فرض حتى يتأكد تماما فيعتبره التشخيص النهائى.

وكان المعالج يبنى فرض التشخيص على أساس:

- نتائج فحص ودراسة الحالة.
- تحديد المشكلات الرئيسة والمشكلات الخاصة فى اختبار مفهوم الذات الخاص.
- التأكد - فى الحالات التى يلزم فيها زيادة التأكد - باستخدام «اختبار التشخيص النفسى» للباحث [1] وقد تم استبعاد جميع حالات الذهان بعد التأكد باستخدام اختبار التشخيص النفسى.

عملية العلاج:

تمت عملية العلاج فى جميع الحالات - سواءعينة الدراسة أو العينة الضابطة - بطريقة فردية فى إطار الطريقة المختارة وهى طريقة الإرشاد غير المباشرة والعلاج النفسى المركز حول العميل الذى يتميز بوضوح النظرية التى يستند إليها وهى نظرية الذات، وقصر الزمن الذى يستغرقه.

وكان من أهم الأهداف فى كل الحالات ، التخلص من والتصرف بخصوص المحتويات المهددة لمفهوم الذات الخاص، وهذا يمثل بعدا هاما من أبعاد التوافق النفسى الصحى.

ووجهت عناية خاصة إلى فهم الإطار المرجعى الداخلى للعميل وفهم سلوكه من وجهة نظره

---

(١) «اختبار التشخيص النفسى» (للباحث): يقيس القلق، وتوهم الموض، والضعف العصبى، و الخواف، والهستيريا، والوسواس والقهر، والتفكك، والاكتئاب، والهوس، والفصام، والهذاء، والمرض النفسى الجسمى، والاضطرابات الجنسية، والسيكوباتية، ويناسب الشباب والكبار.

هو نفسه وطريقة نظرته إلى الأشياء وطريقة إدراكه للعالم من حوله وطريقة اتخاذه لقراراته من داخل إطاره المرجعى الذاتى.

وفى نفس الوقت ركزت عملية العلاج على زيادة فهم العميل لنفسه بدرجة أوضح، وفهم خبراته فى ضوء الواقع.

وكان الحرص شديدا على تهيئة جو علاجى آمن خال من التهديد، كله حرية وتقبل وثقة متبادلة واطمئنان كامل على سرية المعلومات مما يتيح فرصة البوح بكل شئ ، ونقل الخبرات من مستوع الذات الخاص إلى المعالج حينما تزداد ثقة العميل فيه بدون شروط.

وتضمنت العملية بعد ذلك إعادة تكامل بناء الذات، ومناقشة كل المحتويات المهددةفى مفهوم الذات الخاص، ووضع خطة التصرف إزاءها وحلها وذلك بتحويلها من خبرات مؤلمة إلى خبرات معلمة ، وسحب الروح الانفعالية منها وتحويلها من خبرات حية نشطة إلى خبرات (محنطة) لا تهدد، والتوافق مع الواقع ... إلخ.

وقد تم هذا فى الإطار العام المعروف لعملية العلاج النفسى والذى يتضمن إلى جانب ما ذكر، التداعى الحر أو الترابط الطليق، والتفسير، والتطهير أو التفريغ الانفعالى، والتعلم وإعادة التعلم، ونمو الشخصية ... إلخ

وكان الوصول إلى التخلص من المحتوى المهدد لمفهوم الذات الخاص، وزيادة استبصار العميل وترجمة البصيرة إلى فعل وسلوك واقعى سوى، وتقبل الذات وحل المشكلات، علامة رئيسة من علامات الشفاء والوصول إلى إنهاء عملية الإرشاد بتقرير ذاتى من العميل.

وللتأكد من تمام نجاح العلاج والشفاء، كانت تتم عملية متابعة لكل الحالات.

ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكلينيكية:

أعد الباحث ورقة تجميع وتقييم معلومات الدراسة الكلينيكية لتصاحب ملف العميل كملخص لنتائج الدراسة فى كل حالة.

وقدل صممت هذه الورقة فى ضوء فروض البحث الحالى والمعلومات المطلوبة للتثبت من مدى تحقق هذه الفروض.

وتشمل ورقة تجميع وتقييم المعلومات على المعلومات الآتية:

ـ رقم العميل، الجنس، العمر (بالسنة)، مستوى التعليم (عال، متوسط، دون المتوسط)، المهنة، الحالة الزواجية (متزوج، أعزب، مطلق، أرمل).

ـ تاريخ المقدمة، صورتها (شفوية، كتابية، صوتية)، استجابات العميل لاستفتائها، مناقشة العميل لها، درجة التزامه بها.

ـ تاريخ اختبار مفهوم الذات الخاص، الاستجابات ذات الوزن الكلينيكى، المشكلة الرئيسة، المشكلات الخاصة، درجة تغليف الذات، درجة المبادرة، ظهور محتويات ذات وزن كلينيكى فيما بعد.

ـ درجة الكذب ومراعاة القبول الاجتماعى.

ـ التشخيص، المشكلة (شخصية ، تربوية ، مهنية، أخرى).

ـ عدد الجلسات، نتيجة العلاج.

ـ استخدام اختبارات نفسية أخرى.

ـ معلومات إضافية (من الدليل مثل درجة الإقبال والاستبصار.. إلخ).

ـ ملاحظات عامة.

دراسة مدى صحة الفروض:(١)

ولدراسة مدى صحة الفروض، عكف الباحث على مقارنة استجابات حالات عينة الدراسة الكلينيكية (الذين قدمت لهم المقدمة) باستجابات حالات العينة الضابطة (الذين لم تقدم لهم المقدمة) فى استجابات مفهوم الذات الخاص (١ ـ أ، ١ ـ ب، ١ ـ جـ)، وفى مقياس «ك» (١ ـ جـ). ومدى ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية أخرى (١ ـ د) ، ومتوسط عدد الجلسات اللازمة لنجاح عملية العلاج (٣ ـ أ). كذلك دأب الباحث على دراسة الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار، ودرجة الاستفادة من المقدمة كما تتمثل فى درجة نجاح العلاج (٢ ـ أ) ، ودراسة استجابات العملاء ودرجة استفادتهم من المقدمة، كما تمثلت فى درجة نجاح العلاج حسب مستوى تعليمهم (٢ ـ ب) ، ومقارنة استجابات جماعات الإناث باستجابات جماعة الذكور لاستفتاء ومناقشة المقدمة ،ودرجة استفادتهم منها بالنسبة للمشكلات الشخصية محددا فى ضوء درجة المبادرة ودرجة نجاح العلاج (٢ ـ جـ) ، وتحديد مدى الاستفادة من المقدمة فى ضوء نوع المشكلة « شخصية، تربوية، مهنية» (٢ ـ د) ، ودراسة الارتباط بين درجة اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة وبين درجة نجاح العلاج (٣ ـ ب).

النتائج وتفسيرها:

فيما يلى أهم النتائج التى أسفر عنها البحث الحالى:

---

(١) الأرقام والحروف الموضوعة بين قوسين تشير إلى أرقام الفروض (راجع الفروض).

(١ ـ أ) أوضحت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة مبادرة عالية فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من عينة الدراسة والعينة الضابطة، أن ٥٨٪ من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة مبادرة عالية فى مقابل ١٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة. وأوضحت مقارنة النسب المئوية للذين باحوا باستجابات ذات وزن كلينيكى عال فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين، أن ٧٠٪ من أفراد عينة الدراسة باحوا باستجابات ذات وزن كلينيكى عال مقابل ٣٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينيكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن المقدمة تطمئن العميل على سرية المعلومات، وتشجعه على البوح بها، وتساعد فى كشف مفهوم الذات الخاص وبسرعة. ولولاها لتردد الكثيرون فى الاستجابة لاختبار مفهوم الذات الخاص لأنه شخصى جدا ويكشف كل الأسرار (خاصة فى الجلسات الأولى). وهكذا فإن للعميل حين يطمئن إلى سرية المعلومات ـ كما تؤكد ذلك المقدمة ـ فإنه يكشف عن ذاته الخاصة ويبوح، وطالما باح بكل شىء فكل ما بعد ذلك يهون. ألم يكشف عن «عورته النفسية»؟ فماذا بعد ذلك؟

وواضح أن هذا يثبت الفرض (١ ـ أ) حيث إن تقديم المقدمة قبل بدء عملية العلاج أفاد فى تيسير البوح والانفتاح والكشف الصريح عن محتوى مفهوم الذات الخاص، وبالتالى فى سير عملية العلاج فى معظم الحالات.

(١ ـ ب) أظهرت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة تغليف ذات منخفضة (تعبر عن كشف الذات) فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين، أن ٦٦٪ من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة تغليف ذات منخفضة فى مقابل ١٠٪ فقط من أفراد العينة الضابطة. وأظهرت مقارنة النسب المئوية للذين قاوموا أول الأمر، ثم كشفوا عن محتويات مفهوم ذات خاص ذات وزن كلينيكى فيما بعد (بعد بضع جلسات) فى كل من العينتين أن ٢٠٪ فقط من أفراد عينة الدراسة قاوموا فى البداية، ثم كشفوا عن محتويات ذات وزن كلينيكى فيما بعد، بينما كانت النسبة المقابلة هى ٣٠٪ من أفراد العينة الضابطة. وقد لوحظ أن حالة من حالات العينة الضابطة لم تكشف عن أهم محتويات مفهوم الذات الخاص إلا بعد حوالى ستة أشهر من بدء العلاج وهذا مما أطال العملية.

وتفسير هذه النتائج، أن المقدمة حين تعد العميل لعملية العلاج تعدل اتجاهاته وتحمله مسئولياته، بما يضمن عدم اللف والدوران فى حلقة مفرغة، وتؤدى إلى الدخول فى الموضوع مباشرة، بل أنها نجحت فعلا فى تحويل عدد من الحالات إلى مجرد «استشارة نفسية» سريعة. ولقد دلت نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها على أنها تسرع بالكشف المبكر عن محتوى مفهوم

الذات الخاص، وأنها تساعد فى اكتشاف واستكشاف وفهم الذات، وأنها تعتبر بمثابة إعداد للحالة وتدريب سابق وضرورى، وأنها تشعر العميل أن هناك اهتماما به وإعدادا مسبقا له وشيئا يعمل من أجله، وأنها تقوم الفكرة السائدة لدى بعض العملاء من أنهم يأتون ويتوقعون أن يعمل لهم المعالج كل شيء، وأنها تغير الصورة الكلاسيكية عن العلاج النفسى بأنه محلل يجلس على كرسى ومريض يستلقى على سرير.

وهذه النتائج تثبت الفرض (١ ـ ب) حيث إن تقديم المقدمة قبل بدء عملية العلاج أفاد فى توفير بعض الوقت فى الإعداد الأسرع للعميل لعملية العلاج.

(١ ـ جـ) كان معامل الارتباط بين درجات تغليف الذات الخاص وبين درجات الكذب على مقياس «ك» ٠,٧٥ ، وأوضحت مقارنة النسب المئوية للحاصلين على درجة تغليف ذات عالية فى اختبار مفهوم الذات الخاص فى كل من العينتين أن ١٨٪ فقط من أفراد عينة الدراسة، حصلوا على درجات تغليف ذات عالية بينما وصلت درجة تغليف الذات العالية عند أفراد العينة الضابطة إلى ٥٠٪ . وفى نفس الوقت أوضحت مقارنة النسب المئوية للذين حصلوا على درجة كذب ومراعاة القبول الاجتماعى للاستجابات على مقياس «ك» فى كل من العينتين أن ٣٤٪ فقط من أفراد عينة الدراسة حصلوا على درجة كذب بينما وصلت نسبة الكذب عند أفراد العينة الضابطة إلى ٦٠٪.

وهذا أمر متوقع يتضح تفسيره مما ورد على لسان أحد العملاء فى التعليق التالى: «لقد أتيت وفى نيتى ألا أقول أى شيء عن أسرارى، وأن أحكى مشكلة وهمية أجرب بها مدى سرية المعلومات خاصة عندما بدأت عملية دراسة حالتى، ولكن بعد أن قرأت المقدمة غيرت رأيى تماما ودخلت مباشرة فى صميم الموضوع بمنتهى الصدق». ومما هو جدير بالذكر أن حالة واحدة فقط من بين جميع الحالات التى قدمت لها المقدمة حصلت على أعلى درجات المقاومة وتغليف الذات وعلى أعلى درجات الكذب، وأنها حينما عرفت ذلك صدرت منها «فلتة لسان» كانت هى بداية انطلاق فى القضاء على المقاومة وتغليف الذات والبوح بمعلومات ذات وزن كلينيكى خاص بالمشكلة الرئيسة. ولقد فسرت الحالة كذبها المتعمد رغم قراءة المقدمة بأن الأمر كان يتعلق بموضوع دينى وصفته بأن خطير.

وهذه النتائج تثبت الفرض (١ ـ جـ)، إذ أن تقديم المقدمة قبل بدء العلاج يحد من آثار عامل مراعاة القبول الاجتماعى، ويقلل اللجوء إلى الكذب فى التقارير الذاتية. أى أن المقدمة تساعد فى مقاومة المقاومة لدى العميل وتقلل من درجة تغليف الذات لديه.

(١ ـ د) أظهرت النسب المئوية للحالات التى بدت فيها ضرورة استخدام اختبارات أخرى فى

كل من العينتين أن ١٦٪ فقط من أفراد عينة الدراسة استدعى الأمر تطبيق اختبارات أخرى عليهم فى مقابل ٣٠٪ من أفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينيكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن المقدمة أدت إلى ارتياح العملاء لإشراكهم فى عملية التشخيص وإشعارهم بالثقة ومساعدتهم فى اكتشاف الحقائق عن النفس، وزيادة فهم الشخصية والاطمئنان للوصول إلى أسلوب مكنهم من تحديد المشكلات، دون ضرورة اللجوء إلى طرق أخرى قد تكون طويلة. وكيف لا وقد عرف العميل أن مشكلته تحدد ومرضه يشخص بدقة، بفضل تعاونه هو فى ضوء معرفته بأنه ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه. ومن أبلغ ما ذكره أحد العملاء للمعالج فى مناقشة المقدمة حول مدى الاحتياج إلى الاستعانة باختبارات أخرى للتثبت من التشخيص وتحديد المشكلة قوله: «..... وهل إذا اعترف الفرد يكون بحاجة إلى شهود؟»!

وهذه النتيجة تثبت الفرض (١ ـ د) الذى مؤداه أن تقديم المقدمة للعميل قبل بدء عملية العلاج قد يؤدى إلى التخفف من (وليس الاستغناء الكامل عن) استخدام الاختبارات النفسية التشخصية.

(٢ ـ أ) كان معامل الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما تمثلت فى درجة نجاح العلاج ٩٨ ,٠ وهو معامل ارتباط مرتفع القيمة والدلالة الإحصائية.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينيكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها، أن العميل المقبل على العلاج، المستبصر بحالته، يستفيد بشكل ملحوظ من المقدمة التى تعتبر أول جرعة يشعر فيها بالفائدة التعليمية لعملية العلاج. ولا شك أن العميل المقبل المستبصر «عميل سهل» لديه دافع قوى للاستفادة بكل كبيرة وصغيرة من بداية عملية العلاج حتى نهايتها، وهو أكثر استعدادا للعلاج لأنه يشعر بالحاجة إليه، ويثق فى عملية العلاج ويتوقع الإفادة منها. ومن المعروف أن الأفراد المقبلين والمستبصرين يكونون أكثر قدرة على كشف واستكشاف الذات. وقد لوحظ فى الدراسة الكلينيكية أن العملاء ذوى المشكلات الشخصية المقبلين المستبصرين، كانوا ينطلقون فورا بعد تقديم المقدمة فى الدخول فى صميم الموضوع مما يدل على الاستفادة منها، وكانوا يعبرون عن ذلك فعلا. وحتى العملاء المكتئبون ـ المقبلون المستبصرون ـ كانوا يستفيدون من المقدمة رغم البطء الملحوظ فى قراءتها . ولكن البطء هنا شىء والاستفادة شىء آخر، فالبطء يفسره أن من أهم أعراض الاكتئاب التعب لأقل جهد وخمود الهمة والشرود ونقص الدافعية وصعوبة التركيز. وكذلك العملاء الذين يعانون من توهم المرض ـ المقبلون المستبصرون ـ كانوا يستغرقون وقتا طويلا فى قراءة المقدمة ، وعندما يستفسر عن ذلك يعللونه بالاستفادة ومحاولة تدوين بعض الملاحظات الخاصة. والمعروف أن حالات توهم المرض تتسلط عليهم فكرة المرض

والمبالغة فى الأعراض البسيطة والاعتقاد بأن كل الأعراض تنطبق عليهم، ومحاولة تشخيص المرض ذاتيا. ومما يؤكد هذه النتائج ما وجد من أن مرضى الذهان لا يستفيدون من المقدمة، أى أنها لا تتناسب وحالات الذهان لنقص درجة الاستبصار لديهم، واضطراب حالتهم الانفعالية بما يعوق التركيز والاستيعاب والاستفادة.

وهذا يثبت بكل تأكيد الفرض (٢ ـ أ) أن العميل المقيل المستبصر بحالته يستفيد أكثر من المقدمة.

(٢ ـ ب) كان معامل الارتباط بين مستوى التعليم ودرجة الاستفادة من المقدمة كما تمثلت فى درجة نجاح عملية العلاج ٧٩,٠ وهو معامل ارتباط عال ودال.

وتفسير ذلك أن العميل الأعلى تعليما يكون أقدر على الاستيعاب والاستفادة، إذا قورن بالعميل الأقل تعليما وثقافة. وقد لوحظ أن بعض المصطلحات العلمية بالمقدمة أدت إلى استثارة الأسئلة من جانب العملاء مما حدد وقاد المقابلات العلاجية. ولوحظ أيضاً أن بعض العبارات المجملة التى تركت كما هى عن قصد استثارت الكثير من الاستفسارات من جانب العملاء الأعلى تعليما مما أفاد فى المقابلات العلاجية.

وفى هذا ما يثبت الفرض (٢ ـ ب) أن العميل الأعلى تعليما يستفيد أكثر من المقدمة.

(٢ ـ جـ) كشف تحليل استجابات الذكور واستجابات الإناث لاستفتاء المقدمة ومناقشتها عن أن الإناث ذوات المشكلات الشخصية استفدن من المقدمة بدرجة أكبر نسبيا من استفادة الذكور، حيث عبرن عن ذلك وأكدن ارتياحهن بعد تقديم المقدمة. وأكد ذلك مقارنة النسبة المئوية للحاصلات والحاصلين على درجات مبادرة مرتفعة، ودرجات عالية تؤكد نجاح العلاج فى حالات المشكلات الشخصية، حيث كانت النسبة المئوية للحاصلات على درجة مبادرة مرتفعة من الإناث ٨٠٪ مقابل ٤٠٪ من الذكور، وكانت النسبة المئوية لحالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الإناث ٦٠٪ مقابل ٥٠٪ من الذكور.

وتفسير ذلك أن طبيعة الأنثى بصفة عامة تجعلها أكثر ميلا للاحتفاظ بأسرارها وخبراتها الشخصية والتى تكون ضمن محتوى مفهوم الذات الخاص. فإذا اطمأنت إلى السرية ـ وهذا ما تؤكده المقدمة ـ بادرت بالبوح، مما يسهل ويعمل على نجاح عملية العلاج كفرصة سنحت لها.

وهذه النتائج تثبت الفرض (٢ ـ جـ) بأن الإناث ذوات المشكلات الشخصية يستفدن أكثر من المقدمة إذا قورن بالذكور.

(٢ ـ د) كانت النسب المئوية للذين استفادوا أكثر بالمقدمة حسب نوع المشكلة (شخصية أو تربوية أو مهنية) كما اتضح ذلك من نجاح عملية الإرشاد والعلاج ، كانت على النحو التالى:

أصحاب المشكلات الشخصية ٨٠٪ ، أصحاب المشكلات التربوية ١٠٠٪ ، أصحاب المشكلات المهنية ١٠٠٪ .

ومما هو جدير بالذكر أن الترتيب حسب درجة الاستفادة من المقدمة من الأكثر إلى الأقل، كان على النحو التالى : أصحاب المشكلات بصفة عامة ، يليهم مرضى العصاب، وأخيرا مرضى الذهان (وهم لا يدخلون ضمن أفراد العينة).

وهذه النتيجة تبدو وكأنها لا توفر دليلا لإثبات صحة الفرض (٢ ـ د) أن العميل الذى يستفيد أكثر من المقدمة هو الذى يطلب الإرشاد العلاجى (الشخصى) يليه الذى يطلب الإرشاد التربوى ، يليه الذى يطلب الإرشاد المهنى. ولكن المعروف أن المشكلات الشخصية أصعب فى تناولها فى عملية الإرشاد ـ بصفة عامة ـ من المشكلات التربوية والمشكلات المهنية، وأن وصول النسبة المئوية للحالات التى تم إرشادها بنجاح كامل من أصحاب المشكلات الشخصية إلى ٨٠٪ فى حد ذاته يعتبر دليلا كافيا على الاستفادة الكبيرة لهؤلاء من المقدمة.

(٣ ـ أ) كان مستوى عدد الجلسات اللازمة لإتمام العلاج بنجاح بالنسبة لأفراد عينة الدراسة ٨ جلسات مقابل ١٢ جلسة بالنسبة لأفراد العينة الضابطة.

وتفسير ذلك أن العميل الذى يتقبل المقدمة ويستفيد منها، يكون أكثر ميلا لترجمتها إلى سلوك، ويبدأ فى ممارسة مسئولياته الإيجابية منذ أول خطوة فى عملية العلاج. ومما يؤكد تقبل المقدمة والاستفادة بما جاء فيها، ما لوحظ من أن عددا من العملاء طلبوا إعادة قراءة المقدمة أو إعادة سماعها. وقد لوحظ كذلك أن عددا من العملاء طلبوا الاحتفاظ بالمقدمة المكتوبة أو نقل تسجيل المقدمة المسجلة. ولوحظ أيضا أن بعض العملاء أخرجوا أو طلبوا ورقة وقلما وأخذوا يدونون ملاحظات وأسئلة فى ضوء محتويات المقدمة استخدموها أثناء عملية العلاج. وقد لوحظ أن هؤلاء كانوا من أحسن العملاء تعاونا واستجابة فى عملية العلاج.

وهذا دليل يثبت صحة الفرض (٣ ـ أ) بأن عملية العلاج تتم فى وقت أقصر وبنجاح أكثر فى حالة استخدام المقدمة وتقبلها والاستفادة بما جاء فيها.

(٣ ـ ب) كان الباحث حريصا على الالتزام بما جاء فى المقدمة مع جميع الحالات، وذلك لتثبيت الجانب الأول من الفرض الأخير (٣ ـ ب) . وكان معامل الارتباط بين درجات اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة (كما جاء فى الاستجابة لاستفتاء المقدمة) وبين نتيجة العلاج ٩٧, ٠ وهو ارتباط عال ودال عند مستوى ١ ٠, ٠.

وتفسير ذلك من واقع الدراسة الكلينيكية ومن نتائج استفتاء المقدمة ومناقشتها وتعليقات العملاء الختامية، أن ما جاء بالمقدمة كان كافيا ومقنعا، وله أثر كبير فى تنظيم وإعادة تنظيم أفكارهم عن عملية الإرشاد والعلاج النفسى، وأنهم حرصوا على الالتزام بما جاء فيها من خطوط عريضة، وأنها ضمنت توفير الكلام وأتاحت فرصة تركيز عملية العلاج على مشكلة ومرض العميل ، وعرفته منذ البداية مسئولياته وحدوده وما له وما عليه، وعرفته مسئوليات المعالج وحدوده وماله وما عليه، مما وضع عملية العلاج فى إطارها الصحيح، وأن المعالج كان يبرز التزامه بما جاء فى المقدمة حثا للعميل على الالتزام بدوره بما جاء فيها.

وهذه النتيجة تثبت الفرض (٣ ـ ب) بأن عملية العلاج تتم فى وقت أقصر وبنجاح أكبر فى حالة التزام كل من المعالج والعميل بالخطوط العريضة الموضحة بالمقدمة.

وفيما يلى جدول يلخص أهم نتائج الدراسة الكلينيكية فى البحث الحالى:

جدول (٢) ملخص نتائج الدراسة الكلينيكية

الفروض	البيانات	النتائج	
		عينة الدراسة	العينة الضابطة
١ ـ أ	ـ الحاصلون على درجة مبادرة عالية	٥٨ ٪	١٠ ٪
	ـ الذين باحوا باستجابات ذات وزن كلينيكى عال	٧٠ ٪	٣٠ ٪
١ ـ ب	ـ الحاصلون على درجة تغليف ذات منخفضة (تعبير عن كشف الذات)	٦٦ ٪	١٠ ٪
	ـ الذين قاوموا فى بداية العلاج ثم كشفوا عن محتويات مفهوم ذات خاص ذات وزن كلينيكى فيما بعد	٢٠ ٪	٣٠ ٪
١ ـ جـ	ـ معامل الارتباط بين درجات تغليف الذات وبين درجات الكذب	٠,٧٥	
	ـ الحاصلون على درجة تغليف ذات عالية	١٨ ٪	٥٠ ٪
	ـ الحاصلون على درجة كذب ومراعاة القبول الاجتماعى	٣٤ ٪	٦٠ ٪
١ ـ د	ـ حالات ضرورة استخدام اختبارات تشخيصية أخرى	١٦ ٪	٣٠ ٪

الفروض	البيانات	النتائج	
		عينة الدراسة	العينة الضابطة
٢ ـ أ	ـ معامل الارتباط بين درجة الإقبال والاستبصار وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما يتضح من درجة نجاح العلاج	٩٨ ر٠	
٢ ـ ب	ـ معامل الارتباط بين مستوى التعليم وبين درجة الاستفادة من المقدمة كما يتضح من درجة نجاح العلاج	٧٩ ر٠	
٢ ـ جـ	ـ الحاصلات على درجة مبادرة مرتفعة من الإناث.	٪ ٨٠	
	ـ الحاصلون على درجة مبادرة مرتفعة من الذكور	٪ ٤	
	ـ حالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الإناث	٪ ٦٠	
٢ ـ د	ـ حالات نجاح العلاج الكامل للمشكلات الشخصية من الذكور	٪ ٥٠	
	ـ الذين استفادوا بالمقدمة من أصحاب المشكلات الشخصية	٪ ٨٠	
	ـ الذين استفادوا بالمقدمة من أصحاب المشكلات التربوية	٪ ١٠٠	
	ـ الذين استفادو بالمقدمة من أصحاب المشكلات المهنية	٪١٠٠	
٣ ـ أ	ـ متوسط عدد الجلسات اللازمة لإتمام العلاج بنجاح	٨	١٢
٣ ـ ب	ـ معامل الارتبط بين درجة اقتناع والتزام العميل بالخطوط العريضة بالمقدمة وبين ودرجة نجاح العلاج	٠٫٩٧ر	

(*) دل اختبار كا ٢ لحساب دلالة الفروق بين النسب المئوية فى حالات عينة الدراسة وحالات العينة الضابطة (فى الفرض ١ ـ أ ، ب،جـ، د) أن جميع الفروق دالة عند مستوى ٠١ ,٠ كذلك فإن جميع معاملات الارتباط الموجودة فى هذا الجدول ذات دلالة إحصائية عند مستوى ٠١ ,٠ .

تطبيقات وتوصيات

فيما يلى بعض التطبيقات والتوصيات العملية المشتقة من نتائج البحث الحالى يجب على المرشدين والمعالجين النفسيين مراعاتها.

(١ ـ أ) يجب الاهتمام بمحتويات مفهوم الذات الخاص فى عملية العلاج وبذل الجهد بكافة الوسائل لتيسير عملية البوح بها.

(١ ـ ب) يجب التوسع فى نشر الثقافة النفسية الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسى فى المجتمع بصفة عامة لتحقيق الأهداف الإنمائية والوقائية، واستغلال وسائل الإعلام فى هذا السبيل.

(١ ـ جـ) يجب عمل حساب الأثر الضار المخرب لعامل مراعاة القبول الاجتماعى فى التقارير الذاتية والاختبارات والمقاييس النفسية، وضبط هذا العامل الخطير فى الدراسات الكلينيكية حيث يزداد أثره فى حالات مفهوم الذات السالب ووجود محتوى خطير فى مفهوم الذات الخاص، فكل فرد لديه ميل أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته والدفاع عنها.

(١ ـ د) رغم أن القاعدة العامة فى الإرشاد غير المباشر وفى العلاج النفسى المركز حول العميل، هى الثقة الكاملة فى التقرير الذاتى للعميل، ومن ثم عدم ضرورة استخدام الاختبارات النفسية، إلا أن وجود نسبة ـ رغم أنها منخفضة ـ من الذين يغلفون الذات ويلجأون إلى مراعاة الرغبة الاجتماعية وحتى الكذب، يشير إلى ضرورة استخدام بعض الاختبارات والمقاييس حين تدعو الحاجة إلى ذلك بدون تردد.

(٢ ـ أ) يجب مراعاة أن العميل المقبل المستبصر بحالته، له الحق فى تقرير مصيره المبنى على احترام ذاتيته مهما كان جنسه أو لونه أو دينه أو مستواه الاجتماعى، ويجب الثقة فى قدرته على حل مشكلاته دون إكراه أو إرغام أو أمر أو نهى أو وعظ أو نصح، وأن تستغل إمكاناته وإمكانات بيئته إلى أقصى حد توفر له هذه الإمكانات، وحقه فى أن يحدد أهدافه بنفسه، وأن يقترح الحلول لنفسه ويختار الاستراتيجية المناسبة لتحقيق هذه الحلول والوصول إلى أهدافه استناداً إلى قدرته على حل مشكلاته. وليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، ولذا يجب احترام إرادته فى القيام بتنفيذ خططه التى يرسمها بنفسه. وليس هناك إنسان يريد إراديا أن يكون شقيا، ومن ثم يجب أن يقدم الإرشاد والعلاج النفسى بطريقة «خذه أو اتركه».

(٢ ـ ب) يجب تصحيح الخطأ الشائع بأن العميل الأعلى تعليما يكون أكثر جدلا وأقل اقتناعا، بعكس العميل الأقل تعليما وثقافة الذى يكون أكثر سذاجة وأقل جدلا ويكون تأثير مثوله أمام المعالج له معنى أكبر وتأثير أفضل فى نتيجة العلاج.

(٢ ـ جـ) يجب فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى وضع الفروق بين الجنسين فى الحسبان،

خاصة فى مجتمعنا ، حيث تعمل عوامل عديدة على الحد من بوح الإناث بمشكلاتهن الشخصية بدرجة ملحوظة إذا قورن بالذكور، ومن ثم يجب التركيز على طمأنتهن على السرية المطلقة للمعلومات الشخصية قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج ضمانا لنجاحها.

(٢ ـ د) يجب الاهتمام بإعداد العملاء لعملية الإرشاد على اختلاف أنواع المشكلات التى يأتون بها، بما يؤدى إلى فائدة ملموسة يحصلها أصحاب المشكلات الشخصية ونجاح كامل لأصحاب المشكلات التربوية وأصحاب المشكلات المهنية. وفى نفس الوقت يجب بذل عناية خاصة لإعداد مرضى العصاب لعملية العلاج النفسى، ويجب التفكير فى وسائل أخرى لإعداد مرضى الذهان لعملية العلاج.

(٣ ـ أ) يحب العمل على إعداد العميل لعملية العلاج النفسى إعدادا جيدا بما يضمن تحقيق فائدة هذا الإعداد فى عملية العلاج التى يجب أن تكون بحق عملية تعلم اتجاهات نفسية وعادات جديدة وأنماط سلوك جديدة، وأساليب حل مشكلات حتى ينتقل أثر التدريب منها ـ عن طريق التعميم ـ إلى حل المشكلات المماثلة مستقبلا.

(٣ ـ ب) يجب أن يضرب المعالج المثل للعميل بالتزامه بما جاء فى المقدمة، التى تعتبر بمثابة اتفاق ودى بينهما تم عقده قبل بدء عملية العلاج حتى يكون قدوة حسنة له. ويجب أن يبذل المعالج قصارى جهده فى إنجاح عملية العلاج فى ضوء مبادىء وأخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسى، والتى من أهمها احترام حق الفرد فى الإرشاد والعلاج كأساس ديموقراطى يقرر كرامة الفرد وقيمته وحقه على المجتمع فى الإرشاد والعلاج كمواطن، حيث أن الحق فى الإرشاد والعلاج النفسى حق لكل فرد ولكل الفرد.

وهكذا وفى ضوء تأكيد أهمية الإعداد لعملية العلاج يوصى الباحث بإعداد «برنامج عن الإرشاد والعلاج النفسى» للإعداد والتدريب المسبق على عملية الإرشاد والعلاج يتضمن مفاهيم أساسية، وتعريفات، وتعليمات، وأمثلة ونماذج عامة بطريقة التسجيل التليفزيونى (دائرة تليفزيونية مغلقة) مع إجراء الدراسات اللازمة عليه تمهيدا لاستخدامه فى العيادات النفسية.

خاتمة

وبعد.. فقد أثبتت نتائج البحث الحالى فائدة تقديم مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى كإعداد للعميل قبل بدء عملية الإرشاد غير المباشر، والعلاج النفسى المركز حول العميل، فى تيسير، واختصار الوقت، واقتصاد الجهد.. إلخ، مما يشجع على التوصية باستخدامها.

وهكذا.... حاول الباحث أن يكون البحث الحالى ولو مجرد عملية إقدام على تقديم نموذج جديد واستخدام أسلوب جديد فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

والله الموفق،،

تطبيقات وتوصيات

فيما يلى بعض التطبيقات والتوصيات العملية المشتقة من نتائج البحث الحالى يجب على المرشدين والمعالجين النفسيين مراعاتها.

(١ ـ أ) يجب الاهتمام بمحتويات مفهوم الذات الخاص فى عملية العلاج وبذل الجهد بكافة الوسائل لتيسير عملية البوح بها.

(١ ـ ب) يجب التوسع فى نشر الثقافة النفسية الخاصة بالإرشاد والعلاج النفسى فى المجتمع بصفة عامة لتحقيق الأهداف الإنمائية والوقائية، واستغلال وسائل الإعلام فى هذا السبيل.

(١ ـ جـ) يجب عمل حساب الأثر الضار المخرب لعامل مراعاة القبول الاجتماعى فى التقارير الذاتية والاختبارات والمقاييس النفسية، وضبط هذا العامل الخطير فى الدراسات الكلينيكية حيث يزداد أثره فى حالات مفهوم الذات السالب ووجود محتوى خطير فى مفهوم الذات الخاص، فكل فرد لديه ميل أساسى لتأكيد وتحقيق وتعزيز ذاته والدفاع عنها.

(١ ـ د) رغم أن القاعدة العامة فى الإرشاد غير المباشر وفى العلاج النفسى الممركز حول العميل، هى الثقة الكاملة فى التقرير الذاتى للعميل، ومن ثم عدم ضرورة استخدام الاختبارات النفسية، إلا أن وجود نسبة ـ رغم أنها منخفضة ـ من الذين يغلفون الذات ويلجأون إلى مراعاة الرغبة الاجتماعية وحتى الكذب، يشير إلى ضرورة استخدام بعض الاختبارات والمقاييس حين تدعو الحاجة إلى ذلك بدون تردد.

(٢ ـ أ) يجب مراعاة أن العميل المقبل المستبصر بحالته، له الحق فى تقرير مصيره المبنى على احترام ذاتيته مهما كان جنسه أو لونه أو دينه أو مستواه الاجتماعى، ويجب الثقة فى قدرته على حل مشكلاته دون إكراه أو إرغام أو أمر أو نهى أو وعظ أو نصح، وأن تستغل إمكاناته وإمكانات بيئته إلى أقصى حد توفر له هذه الإمكانات، وحقه فى أن يحدد أهدافه بنفسه، وأن يقترح الحلول لنفسه ويختار الاستراتيجية المناسبة لتحقيق هذه الحلول والوصول إلى أهدافه استناداً إلى قدرته على حل مشكلاته. وليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، ولذا يجب احترام إرادته فى القيام بتنفيذ خططه التى يرسمها بنفسه. وليس هناك إنسان يريد إراديا أن يكون شقيا، ومن ثم يجب أن يقدم الإرشاد والعلاج النفسى بطريقة «خذه أو اتركه».

(٢ ـ ب) يجب تصحيح الخطأ الشائع بأن العميل الأعلى تعليما يكون أكثر جدلا وأقل اقتناعا، بعكس العميل الأقل تعليما وثقافة الذى يكون أكثر سذاجة وأقل جدلا ويكون تأثير مثوله أمام المعالج له معنى أكبر وتأثير أفضل فى نتيجة العلاج.

(٢ ـ جـ) يجب فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى وضع الفروق بين الجنسين فى الحسبان،

خاصة فى مجتمعنا ، حيث تعمل عوامل عديدة على الحد من بوح الإناث بمشكلاتهن الشخصية بدرجة ملحوظة إذا قورن بالذكور، ومن ثم يجب التركيز على طمأنتهن على السرية المطلقة للمعلومات الشخصية قبل بدء عملية الإرشاد والعلاج ضمانا لنجاحها.

(٢ ـ د) يجب الاهتمام بإعداد العملاء لعملية الإرشاد على اختلاف أنواع المشكلات التى يأتون بها، بما يؤدى إلى فائدة ملموسة يحصلها أصحاب المشكلات الشخصية ونجاح كامل لأصحاب المشكلات التربوية وأصحاب المشكلات المهنية. وفى نفس الوقت يجب بذل عناية خاصة لإعداد مرضى العصاب لعملية العلاج النفسى، ويجب التفكير فى وسائل أخرى لإعداد مرضى الذهان لعملية العلاج.

(٣ ـ أ) يجب العمل على إعداد العميل لعملية العلاج النفسى إعدادا جيدا بما يضمن تحقيق فائدة هذا الإعداد فى عملية العلاج التى يجب أن تكون بحق عملية تعلم اتجاهات نفسية وعادات جديدة وأنماط سلوك جديدة، وأساليب حل مشكلات حتى ينتقل أثر التدريب منها ـ عن طريق التعميم ـ إلى حل المشكلات المماثلة مستقبلا.

(٣ ـ ب) يجب أن يضرب المعالج المثل للعميل بالتزامه بما جاء فى المقدمة، التى تعتبر بمثابة اتفاق ودى بينهما تم عقده قبل بدء عملية العلاج حتى يكون قدوة حسنة له. ويجب أن يبذل المعالج قصارى جهده فى إنجاح عملية العلاج فى ضوء مبادىء وأخلاقيات الإرشاد والعلاج النفسى، والتى من أهمها احترام حق الفرد فى الإرشاد والعلاج كأساس ديموقراطى يقرر كرامة الفرد وقيمته وحقه على المجتمع فى الإرشاد والعلاج كمواطن، حيث أن الحق فى الإرشاد والعلاج النفسى حق لكل فرد ولكل الفرد.

وهكذا وفى ضوء تأكيد أهمية الإعداد لعملية العلاج يوصى الباحث بإعداد «برنامج عن الإرشاد والعلاج النفسى» للإعداد والتدريب المسبق على عملية الإرشاد والعلاج يتضمن مفاهيم أساسية، وتعريفات، وتعليمات، وأمثلة ونماذج عامة بطريقة التسجيل التليفزيونى (دائرة تليفزيونية مغلقة) مع إجراء الدراسات اللازمة عليه تمهيدا لاستخدامه فى العيادات النفسية.

خاتمة

وبعد.. فقد أثبتت نتائج البحث الحالى فائدة تقديم مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى كإعداد للعميل قبل بدء عملية الإرشاد غير المباشر، والعلاج النفسى المركز حول العميل، فى تيسير، واختصار الوقت، واقتصاد الجهد.. إلخ، مما يشجع على التوصية باستخدامها.

وهكذا.... حاول الباحث أن يكون البحث الحالى ولو مجرد عملية إقدام على تقديم نموذج جديد واستخدام أسلوب جديد فى عملية الإرشاد والعلاج النفسى.

والله الموفق،،

ملحق « ١ »

مقدمة الإرشاد والعلاج النفسى

بقلم الدكتور حامد زهران

تقديم:

عزيزى القارىء...

هذه مقدمة فى شكل حديث مبسط عن الإرشاد والعلاج النفسى، يقوله المرشد أو المعالج لمن يطلب الإرشاد أوالعلاج النفسى قبل بدء الإرشاد والعلاج.

نرجو قراءة هذه المقدمة ، وفهمها جيدا، واعتبارها نوعا من الاتفاق الودى بيننا.

الهدف محدد، وهو الوصول بك إلى أحسن مستوى ممكن من التوافق والصحة النفسية.

جميل أن تطلب بنفسك المساعدة حين تحتاج إليها. ويسرنا أن نساعدك. سوف نضع كل إمكاناتنا لمساعدتك، ونطلب منك أيضاً أن تساعدنا لكى تساعدك. ونرجو منك أن تفهم بدقة كل ما يقال لك. ونرجو أن تتحمل معنا مسئولية تنفيذ كل ما نتفق عليه بدقة تامة.

إننا نهتم بإخلاص بفهمك وفهم مشكلتك. ونرجو أن تساعدنا فى أن نفهمك حتى نساعدك فى زيادة فهم نفسك. إننا مستعدون تماما لأن نسمع منك كل شىء. ستجد لدينا الصداقة والتشجيع وحسن الإصغاء. ستجد لدينا فهما دقيقا لوجهات نظرك. نرجو أن تتوافر بيننا الثقة المتبادلة فى جو سمح كله حرية.

نرجو أن تثق تماما وأن تتأكد أن سرية المعلومات أمر هام جدا، وأن أبسط قواعد الإرشاد والعلاج النفسى «السرية المطلقة» . لا تكتم أى سر ، فأسرارك عندنا فى أمان تام. قل كل شىء، وأى شئ. قل ما لا تقوله لأحد إلا للدكتور.

وسيلقى ما تقوله كل عناية واهتمام.

الهدف: الصحة النفسية

هدف الإرشاد والعلاج النفسى هو تحقيق الصحة النفسية ، والتوافق النفسى، وصيانة الشخصية.

وهذا هوالهدف الذى نسعى لتحقيقه معك.

والصحة النفسية: هى حالة دائمة نسبيا يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا، ويشعربالسعادة مع نفسه ومع الآخرين ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن،

ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عاديا، بحيث يعيش فى سلامة وسلام.

وهدفنا أن تصبح شخصيتك متمتعة بالصحة النفسية ، تتميز بعدة خصائص أهمها:

التوافق: ودلائل ذلك ، التوافق الشخصى، ويتضمن الرضا عن النفس، والتوافق الاجتماعى، ويشمل التوافق الأسرى والتوافق المدرسى والتوافق المهنى والتوافق الاجتماعى بمعناه الواسع.

الشعور بالسعادة مع النفس: ودلائل ذلك: الشعور بالسعادة والراحة النفسية لما للفرد من ماض نظيف وحاضر سعيد ومستقبل مشرق، واستغلال والاستفادة من مسرات الحياة اليومية، وإشباع الدوافع والحاجات النفسية الأساسية، والشعور بالأمن والطمأنينة والثقة، ووجود اتجاه متسامح نحو الذات، واحترام النفس وتقبلها والثقة فيها، ونمو مفهوم موجب للذات، وتقدير الذات حق قدرها، وتذكر أنه ليس هناك مستحضرات للصحة النفسية مثل السعادة. وصدق من قال «اجعل السعادة عادة».

الشعور بالسعادة مع الآخرين: ودلائل ذلك: حب الآخرين والثقة فيهم واحترامهم وتقبلهم، والاعتقاد فى ثقتهم المتبادلة، ووجود اتجاه متسامح نحو الآخرين، والقدرة على إقامة علاقات اجتماعية سليمة وقوية وصداقات اجتماعية متينة، والانتماء للجماعة والقيام بالدور الاجتماعى المناسب والتفاعل الاجتماعى السليم، والقدرة على التضحية وخدمة الآخرين، والاستقلال الاجتماعى، والسعادة الأسرية ، والتعاون وتحمل المسئولية الاجتماعية. لقد ذهب العلماء والفلاسفة من قديم الزمن إلى أن أساس السعادة الإنسانية هى : الإيمان، الحكمة، الشجاعة ، العفة، العدالة، وهى قمة الكمالات الإنسانية.

تحقيق الذات واستغلال القدرات: ودلائل ذلك: فهم النفس والتقييم الواقعى الموضوعى للقدرات والإمكانات والطاقات، وتقبل نواحي القصور وتقبل الحقائق المتعلقة بالقدرات موضوعيا، وتقبل مبدأ الفروق الفردية واحترام الفروق بين الأفراد، وتقدير الذات حق قدرها، واستغلال القدرات والطاقات والإمكانات إلى أقصى حد ممكن، ووضع أهداف ومستويات طموح وفلسفة حياة يمكن تحقيقها، وإمكان التفكير والتقرير الذاتى، وتنوع النشاط وشموله، وبذل الجهد فى العمل والشعور بالنجاح فيه والرضا عنه، والكفاية والإنتاج.

القدرة على مواجهة مطالب الحياة: ودلائل ذلك: النظرة السليمة الموضوعية للحياة ومطالبها ومشكلاتها اليومية، والعيش فى الحاضر والواقع، والبصيرة والمرونة والإيجابية فى مواجهة الواقع، والقدرة على مواجهة إحباطات الحياة اليومية، وبذل الجهود الإيجابية من أجل التغلب على

مشكلات الحياة وحلها، والقدرة على مواجهة معظم المواقف التى يقابلها، وتقدير وتحمل المسئوليات الاجتماعية، وتحمل مسئولية السلوك الشخصى، والسيطرة على الظروف البيئية كلما أمكن، والتوافق معها، والترحيب بالخبرات والأفكار الجديدة.

التكامل النفسى: ودلائل ذلك: الأداء الوظيفى الكامل المتناسق للشخصية ككل (جسميا وعقليا وانفعاليا واجتماعيا، والتمتع بالصحة والعافية ومظاهر النمو العادى).

السلوك العادى: ودلائل ذلك: السلوك السوى المألوف الغالب على حياة غالبية الناس العاديين، والعمل على تحسين مستوى التوافق النفسى، والقدرة على التحكم فى الذات وضبط النفس.

العيش فى سلامة وسلام: ودلائل ذلك التمتع بالصحة النفسية والصحة الجسمية، والصحة الاجتماعية، والسلام الداخلى والخارجى، والإقبال على الحياة بوجه عام والتمتع بها، والتخطيط للمستقبل بثقة وأمل. «تذكر أن كل إنسان مهندس لبناء مصيره فأحكم هندستك».

ومن أهم أهدافنا الوقاية:

أنت تعرف أن الوقاية خير من العلاج، وأن الوقاية تغنى عن العلاج، وأن «جرام» وقاية أفضل من «كيلو جرام» علاج. عود نفسك صيانة شخصيتك واستشر الأخصائيين. واعلم أنه لا يوجد حتى الآن قطع غيار للشخصية. وتذكر أن الإيمان القوى يصلح فساد النفس وهو أكبر وقاية ضد صواعق الزمن وأسلحته النفسية.

ومن أهم أهدافنا أيضا زيادة سعادتك وتوافقك النفسى حتى يتحقق الوصول بك إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة النفسية.

نحن طريقنا الوقاية، وعملنا الإرشاد والعلاج النفسى ، وهدفنا الصحة النفسية.

المشكلة

إذا كنت ترى إن سلوكك ليس كما تود أن يكون، وأنه مضطرب بدرجة تخرج عن السلوك العادى، بما يعوق حياتك العادية ويؤثر فى حياتك الاجتماعية ويؤثر فى سعادتك، فأنت فى حاجة إلى مساعدة فى حل مشكلتك.

تأكد أنك لست أنت الوحيد الذى تعانى من مشكلة. والمشكلات ليست قاصرة عليك وحدك، وأنت تعرف أنه لا يخلو إنسان من بعض المشكلات الانفعالية، أو المشكلات الاجتماعية، أو المشكلات التربوية، أو المشكلات الجنسية .. إلخ.

يقول المثل العامى: «اللى يبص لبلوة غيره هانت عليه بلوته».

ويقول الشاعر: فـى كـل بيـت محنـة وبلية ولعل بيتك إن شكرت أقلها

وقد تظن أنك تستطيع إدراك كل أبعاد مشكلتك وحلها بنفسك، ولكن من الأفضل أن تلجأ إلى الأخصائيين لمساعدتك. ولا شك أن شخصين يفكران فى حل المشكلة أفضل من شخص واحد، اسمع قول الشاعر: والعين تنظر منها ما دنا ونأى ولا تـرى ما بها إلا بمـرآة

والفرد القوى هو الذى يواجه مشكلاته مواجهة علمية واقعية، ويعلن الحرب على مشكلاته، ولا يهرب منها، ولا يتجاهلها، بل يطلب المساعدة فى حلها.

اسمع قول الشاعر: إذا المشكلات تصدين لى كشفت حقائقها بالنظر

ومفتاح الصحة النفسية هو أن يواجه الفرد نفسه بصراحة: يعرف مشكلاته، ويحددها ويدرسها، ويفسرها ويضبطها، ويحولها من مشكلات تسيطر عليه، إلى مشكلات يسيطر هو عليها. إذا كانت مصيبتك قوية فكن أقوى منها.

تذكر أن المشكلات الصغيرة إذا لم تحدد وتحارب ويقضى عليها فى مهدها، نمت وكبرت، ولذلك يجب عمل حسابها وعدم الإقلال من شأنها مهما تضاءلت بجانب المشكلات الكبيرة، فالضوء الخافت لا يزول لوجود نور قوى ولكنه يتضاءل بجانبه، إلا أن أثره لا يزال موجودا وأصل الشر شرارة. والمشكلات التى نتعرض لها تبدأ أصغر من أن نشعر بها إلى أن تصبح أقوى من أن نحطمها .

لا تطلب منا معرفك مشكلتك تلقائيا ، فالمعالج دكتور وليس منجما.

فكر جيدا وبتركيز وحدد، ما المشكلة؟

أسباب المشكلة

لا شىء يأتى من لا شىء:

«ولا دخان بدون نار». ولكل مشكلة سبب أو أسباب. وإذا ظهر السبب بطل العجب. قد تفكر فى بعض الأشياء التى تعتقد أنها سبب المشكلة، ولكن تذكر أن «ما خفى كان أعظم». والظاهر من الأسباب قد يكون قليلا إذا قورن بالكثير الخفى، تماما كما فى جبل الثلج فى البحر، الظاهر منه أقل بكثير من الجزء الخفى.

يقول الشاعر: ولرب بؤس فى الحياة مقّنع أربى على بؤس بغير قناع

ومن المبادىء الأساسية فى أسباب المشكلات النفسية مبدأ تعدد وتفاعل الأسباب. والحياة النفسية ليست من البساطة بحيث يكون اضطرابها راجعا إلى سبب واحد. وقد تكون الأسباب داخلية فى الإنسان (جسمية ونفسية) وقد تكون خارجية فى البيئة (مادية واجتماعية).

وهناك أسباب **أصلية** تمهد لحدوث المشكلة وتهيىء الفرد وترشحه للاضطراب مثل: العيوب الوراثية، والاضطرابات الجسمية، وانهيار الوضع الاجتماعى، والخبرات الأليمة خاصة ما كان منها له تاريخ طويل وجذور عميقة فى حياتك.

وهناك أسباب **مساعدة** وهى الأحداث الأخيرة السابقة لظهور المشكلة مباشرة والتى تعجل بظهورها مثل: الأزمات الاقتصادية، والصدمات الانفعالية، والأمراض الجسمية، والإصابات، والإجهاد، والضعف العام، وغير ذلك من عوامل التفجير للمشكلات.

وقد تكون الأسباب **حيوية** مثل : اضطرابات أجهزة الجسم ، والأمراض، والتسمم، والإصابات، واضطرابات خاصة بالبلوغ الجنسى، والزواج.. إلخ؛ واضطرابات وراثية مثل العاهات والتشوهات الخلقية وغيرها.

وقد تكون أسبابا **نفسية** مثل: الصراع، والإحباط ، والحرمان، والعدوان والخبرات السيئة أو الصادمة، ونقص النضج النفسى، والعادات غير الصحية، والإصابة السابقة بالمرض النفسى.

وقد تكون أسبابا **اجتماعية** فى الأسرة متعلقة بالوالدين أو الأولاد أو الإخوة أو الزوج فى المدرسة أو فى العمل مثل: سوء التوافق وسوء الأحوال الاقتصادية أو البطالة ، أو مع أصدقائك مثل: الصحبة السيئة والضلال... إلخ.

هذه الأسباب عامة ولا تنطبق على كل الناس. ونحن نعرف أن «النار التى تذيب الدهن هى نفسها التى تجعل البيض يتجمد».

وأنت تعرف أن الذى يأكل طعاما عاديا يفيد جسمه، أما الذى يأكل طعاما مسموما فقد يقضى عليه، كذلك فإن الذى يمر بخبرات عادية تصقل شخصيته وتنميها، أما الذى يمر بخبرات أليمة فإنها قد تعصف بشخصيته وتحطمها .

تذكر أن صدمة واحدة قد لا تؤثر فى بناء الشخصية، ولكن تكرار الصدمات يصدعه والانفجار ينسفه.

نرجو أن تساعد فى أن نضع أيدينا على الأسباب الحقيقية الخاصة بالمشكلة.

قل بصدق وأمانة، ما أسباب مشكلتك، كما تراها أنت؟

أعراض المشكلة

الأعراض هى العلامات السلوكية التى تدل على وجود المشكلة، لن تكون كلها لديك ولكن قد تلاحظ وجود واحد أو أكثر منها، وقد يكون بعضها واضحا من السهل إدراكها، وقد تكون مختفية ليس من السهل إدراكها. ولا يخلو إنسان من الأعراض، ولكن قد تكون الأعراض موجودة بدرجة عادية وليست مرضية.

وللأعراض رموز ومعان ووظائف وأهداف لابد من معرفتها.

والأعراض إما داخلية مثل الخوف، أو خارجية مثل تصبب العرق، وهى إما عضوية المنشأ واضحة، وإما نفسية المنشأ.

ومن الأعراض مايلى:

اضطرابات الإدراك: مثل : الهلوسات كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتا ويشم روائح لا وجود لها، والخداع كأن يرى الفرد أشياء أو يسمع أصواتا أو يشم روائح موجودة فعلا ولكن فى صورة خاطئة مختلفة عن واقعها، واضطرابات الحواس بالزيادة أو النقصان.

اضطرابات التفكير: مثل : التفكير غير المنطقى أو المشتت أو الوسواسى أو المتناقض ، والأوهام، والمخاوف... إلخ.

اضطرابات الذاكرة: مثل : النسيان، وفقد الذاكرة.

اضطرابات الوعى والشعور: مثل : الذهول، والهذيان.

اضطرابات الانتباه: مثل : قلة الانتباه، والسرحان، والسهيان، والانشغال.

اضطرابات الكلام: مثل : اللجلجة، واحتباس الكلام.

اضطرابات الانفعال: مثل : القلق، والاكتئاب، والتوتر، والفزع، والتبلد، واللامبالاة، ونقص الثبات الانفعالى، والشعور بالذنب، والحساسية الانفعالية.

اضطرابات الحركة: مثل : النشاط الزائد، أو الناقص أو المضطرب، وعدم الاستقرار، واللازمات الحركية، والعدوان.

اضطرابات المظهر العام: مثل : اضطراب تعبيرات الوجه، وسوء حالة الملابس، والفوضى.

اضطرابات التفهم: مثل : اضطراب الإدراك الواعى، واضطراب إدراك مضمون الشعور.

اضطرابات البصيرة: مثل : عدم إدراك طبيعة المشكلة وأسبابها وأعراضها.

الاضطرابات العقلية: مثل : الضعف العقلى، والخبل.

اضطرابات الشخصية: مثل : الانطواء، والعصابية.

اضطرابات السلوك الظاهر: مثل : السلوك الشاذ الغريب.

اضطرابات الغذاء: مثل : فقد الشهية، والإفراط فى الأكل.

اضطرابات الإخراج: مثل : التبول اللاإرادى، والإمساك أو الإسهال العصبى.

اضطرابات النوم: مثل : كثرة النوم، والأرق، والمشى أثناء النوم، والأحلام المزعجة، والكابوس.

سوء التوافق: مثل : سوء التوافق الصحى، أو الشخصى، أو الاجتماعى، أو الأسرى، أو التربوى، أو المهنى.

الانحرافات الجنسية: مثل: الجنسية المثلية، والعادة السرية، والإفراط أو الضعف الجنسى.. إلخ.

اضطرابات الإحساس: مثل : ضعف البصر، وقصور حاسة الشم، وتبلد الحس.

الاضطرابات العصبية: مثل : التشنج، والصرع، والشلل.

الأعراض الاجتماعية: مثل : سوء التوافق الاجتماعى، والسلوك المضاد للمجتمع.

هذه هى أهم الأعراض ، قد يكون بعضها لديك وأنت تعرفها أكثر من غيرك. لا تحاول أن تقول: وفى النفس حاجات وفيك فطانة سكوتى بيان عندها وخطاب

نرجو أن تحدد بدقة ومسئولية: ما أعراض مشكلتك كما تشعر بها أنت؟

الفحص

الفحص والبحث والكشف الدقيق هو أهم شىء فى التشخيص الموفق والإرشاد السليم والعلاج الناجح.

وهدف الفحص هو فهم شخصيتك . نريد أن ندرس شخصيتك بطريقة الفحص الشامل الدقيق. نريد معرفة نواحى ضعفك، وتحديد المشكلات التى تؤثر على سعادتك وصحتك النفسية، وفهم حياتك الحاضرة والماضية وتطلعاتك للمستقبل، وعلاقة كل هذا بمشكلتك. نريد أن ندرس المشكلة طولا وعرضا وعمقا. نريد أن نجمع كل المعلومات المتعلقة بالمشكلة وأسبابها وأعراضها وتاريخها ومحاولاتك لحلها.

ومن **شروط الفحص** الدقيق أن تعاون فى أن يكون صادقاً وموضوعيا، وأن تبذل أقصى جهد فى هذه العملية، وأن تكون مهتما بها تماما.

فكر فى نواحى قوتك كما تفكر فى نواحى ضعفك. فكر فى أجمل خبراتك كما تفكر فى أسوأ خبراتك . فكر فيما يعجبك فى نفسك كما تفكر فيما لا يعجبك فى نفسك.

تكلم عن حاجاتك المشبعة وغير المشبعة.

تحدث عن ذاتك (عن نفسك) كما تدركها، وكما هى فى الواقع الآن. وتحدث عن ذاتك فى رأى الآخرين. وتحدث عن ذاتك كما تود أن تكون.

اكشف لنا عن ذاتك الخاصة: وعن عالمك الخاص. الدخول إلى عالمك الخاص أمر هام جداً. اجعل نفسك كتابا مفتوحا حتى يمكن إن نقرأ وان نفهم وأن نساعد. لكى يعالجك طبيب الأسنان لابد أن تفتح له فمك، ولكى يعالجك الطبيب الباطنى لابد أن تكشف له عن جسمك وترشده إلى مكان شكواك. والمعالج النفسى لكى يعالجك لابد أن تكشف له عن شخصيتك وترشده إلى مشكلتك الخاصة حتى وإن اعتبرتها «عورة نفسية» وأخفيتها عن الناس، لا تحجبها عن المعالج.

ليس هناك من هو أعرف بنفسك منك. وأحسن طريقة لفهم سلوكك هى من وجهة نظرك أنت. لذلك نرجو أن تتعاون معنا وأن تهتم بعملية الفحص وتساعدنا حتى نستطيع أن نساعدك. إننا نثق فى تقريرك الذاتى عن نفسك.

وصدق من قال: إن رب البيت أدرى بالذى فيه يكون

كن صادقا فى ذكر المعلومات وفى إجاباتك إلى أقصى حد، فكلما كنت صادقا كان ذلك فى صالحك. كن صريحا فى عرضك للمشكلة إلى أبعد الحدود. لا تخَف. لا تخْف شيئا فكلما زادت صراحتك توصلنا بسرعة إلى حل المشكلة. كن شجاعا، بلور أفكارك أكثر، أخرج كل ما يجثم على صدرك من مشكلات، وألق عن كاهلك كل ما يثقله من متاعب. قل حكايتك من الألف إلى الياء. أقدم وقل كل شىء. لا تقدم ساقا وتؤخر أخرى. اعمل شيئا. لا تقف مكتوف اليدين «تتفرج على نفسك وتفرج الناس عليك». يجب أن تعرف أن من كتم سره عن المعالج فقد خدع المعالج وخان نفسه.

قد يحتاج الأمر إلى إجراء بعض الاختبارات النفسية للكشف عن قدراتك وأبعاد شخصيتك. وقد يلزم عمل بحث اجتماعى يتناول مشكلات الأسرة والمدرسة أو العمل أو المجتمع. وقد يلزم إجراء فحص الجهاز العصبى. وقد يستدعى الحال إجراء فحص طبى عام.

إننا نفحص كل كبيرة وصغيرة، فأنت تعرف أن ثقبا صغيرا فى الجدار الذى يحجب الحقيقة يفسح مجال الرؤية من خلفه.

قد يستلزم الحال الاستنارة برأى الآخرين، إذا وافقت أنت على هذا. وقد يستدعى الأمر إحالتك إلى أخصائى آخر، إذا وافقت على ذلك أيضا.

نرجو ألا يضايقك كتابة بعض المذكرات المختصرة (فى شكل رموز لا يفهمها غيرنا) أثناء الفحص وخلال الجلسات الإرشادية والعلاجية لأن ذلك ضرورى لدراسة كل نقطة أولا بأول، وحتى لا ننسى، وحتى نعرف مقدار ما تحقق من نجاح عملية الإرشاد والعلاج. هناك قول معروف وهو أن «أضعف حبر أفضل من أقوى ذاكرة».

تأكد أن ما نكتب هو «سرى للغاية».

وتذكر: «ماذا ينفع الإنسان لو ربح العالم كله وخسر نفسه» (من الكتاب المقدس). ساعدنا فى عملية الفحص. كن شجاعا. كن صريحا. كن صادقا.

التشخيص

التشخيص المبكر الدقيق هام جدا وفى مصلحتك.

وهدف التشخيص هو تحديد المشكلة أو الاضطراب أو المرض، وهذا هو الأساس لتحديد الإرشاد الدقيق والعلاج السليم المناسب.

إننا سوف نجمع معا المعلومات التى نحصل عليها خلال عملية الفحص.

نريد معا أن نعرف أصل وطبيعة ونوع المشكلة. نريد معا أن نجمع الأعراض ونحدد المشكلة ونشخص المرض.

والتشخيص الناجح يساعد على التنبؤ بمستقبل الإرشاد والعلاج. ولاحظ أنه كلما عرفت الأسباب بدقة، واتضحت الأعراض بوضوح، وكان الفحص شاملا، والتشخيص دقيقا، وإذا بدأ العلاج مبكرا، وإذا تحملت مسئولياتك فى عملية الإرشاد والعلاج بتعاون صادق، كان التنبؤ بنجاح عملية الإرشاد والعلاج كبيرا جداً إن شاء الله. وإذا تم هذا بنجاح فإن التشخيص الناجح سوف يساعد على اختيار أنسب طرق الإرشاد والعلاج.

وتأكد أننا بعد أن نشخص المشكلة بدقة فإنها سوف تكون «شدة وتزول»

اسمع قول الشاعر: عقدة حلها عسير ولكن ... رُب عسر أحاله الله يسرا

واسمع قول شاعر آخر:

ولرب نازلة يضيق بها الفتى ذرعا وعند الله منها المخرج
ضاقت فلما استحكمت حلقاتها فرجت وكنت أظنها لا تفرج

وتذكر دائما قول الله تعالى: ﴿إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا﴾.

عملية الإرشاد والعلاج النفسى

عرفت كيف تتعدد أنواع المشكلات وكيف تتعدد أسبابها وكيف تتعدد أعراضها.

والآن لابد أنك توافق معنا أن لكل مشكلة طريقة وأسلوبا معينا فى علاجها.

العلاج سهل ميسور لو سار كما نرجو إن شاء الله.

اسمع قول الله تعالى: ﴿ الَّذِى خَلَقَنِى فَهُوَ يَهْدِينِ * وَالَّذِى هُوَ يُطْعِمُنِى وَيَسْقِينِ * وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ﴾.

واسمع حديث رسول الله ﷺ: «ما أنزل الله داء إلا أنزل له شفاء». اطمئن جداً، فكثيرون قبلك كانوا يعانون من مشكلات أخطر من مشكلتك بكثير، وعن طريق الإرشاد والعلاج النفسى حلت مشكلاتهم ويعيشون الآن فى سعادة تامة.

نرجو أن يكون اتجاهك نحو عملية الإرشاد والعلاج اتجاها موجبا وحسنا.

إننا نضع بالاشتراك معك خطة للعلاج، نحن مسئولون عن صحتها، وأنت مسئول عن تنفيذها وترجمتها إلى سلوك. نريد أن نضع أولا خطة قريبة المدى، وثانيا خطة بعيدة المدى.

والعلاج النفسى فى جوهره توجيه إرشاد، تطهير وتطمين، استبصار وتحصين، تقييم وتقويم، تعلم ونمو.

وقد يكون الإرشاد والعلاج عبارة عن استشارة نفسية أو إرشاد نفسى، فردى أو جماعى، بيئى أو اجتماعى ، مطول أو مختصر ، بالعمل أو بالترويح، طبى أو دينى... إلخ.

لا تلجأ إلى غير المختصين للعلاج النفسى. لا تلجأ إلى مدعى العلم والدجالين والمشعوذين. صحيح أن «الغرقان يتلقف على قشاية، كما يقول المثل، ولكن تأكد أن اللجوء إلى غير المختصين فى العلاج أمر فى غاية الخطورة، ويضر أكثر مما ينفع. اسمع المثل العربى : «أعط القوس باريها». واسمع المثل العامى: «اعط العيش لخبازه».

وعملية الإرشاد النفسى تسير كما يلى:

تهيئة جو إرشادى علاجى سار مشبع بالأمن: والفهم والراحة والأمل، خال من التهديد والتوتر والقلق، ويتيح فهم السلوك، قوامه ثلاثة أعمدة أساسية هى: الثقة والصراحة والسرية، جو يتيح لك أن تقول كل شىء، ويتيح الإجابة عن كل أسئلتك والاستجابة لكل تعليقاتك مع الاحتفاظ بكل أسرارك.

إقامة علاقة إرشادية علاجية بين الطرفين: أساسها الفهم المتبادل والثقة المتبادلة والاحترام المتبادل والتعاون المتبادل، وتحمل المسئولية الملقاة على عاتق كل منا. نحن نثق فيك بدون شروط، وأنت تثق فينا بدون شروط. ونريد معا أن نستكمل العلاج ونحل المشكلات بدون شروط. تأكد أن أى شرط يوضع يكون بمثابة العقدة فى المنشار، يعرقل العمل. نريد أن نعمل معا بشجاعة وجد وإخلاص ومثابرة جهد الطاقة. نحن نحتاج إلى الصبر الجميل وطول البال حتى نبلغ الأمل. ولا شك أن «الصبر مفتاح الفرج» ، وأن «الدواء الناجح فى شفاء أمراض النفس هو الأمل».

التداعى الحر أو الترابط الطليق: حيث يرجى ألا تتردد فى ذكر أى شىء وكل شىء خاص بالمشكلة دون قيد أو شرط، وحيث تترك العنان بحرية لأفكارك وخواطرك واتجاهاتك وصراعاتك ورغباتك ومشاعرك وخبراتك تسترسل بطلاقة من تلقاء نفسها دون تحفظ مهما بدت تافهة أو معيبة أو مخجلة أو محرجة أو بغيضة أو مؤلمة.

التفسير: حيث يتم تفسير كل ما يدور أثناء عملية الإرشاد والعلاج فى وضوح كامل وصحيح ومنطقى وعلمى وسهل ومفهوم.

التطهير أو التفريغ الانفعالى: حيث تفرغ ما بنفسك من انفعالات وتنفسها وتتخلص من حمولة نفسك وتطهرها من الشحنات النفسية. تذكر أن حمولتك النفسية لابد أن تتناسب مع قوتك وطاقتك وقدرتك على التحمل، وأنه يجب دائماً التخلص من الحمولة النفسية الزائدة خاصة إذا كانت قوتك محدودة ومع مرور الزمن . لا تحبس شيئا عنا، حتى أسرارك لا تجعلها تضايقك أكثر من ذلك. اعلم أن المشكلة النفسية فى حياتك كجمرة النار فى يدك، وكالشوكة فى قدمك، أخرجها أولا وبأسرع ما يمكن وطهر مكانها. ويمكن تشبيه عملية التفريغ الانفعالى بعملية التحنيط، أى سحب الروح الانفعالية من الخبرة المخيفة فتصبح رغم ظهورها فى حيز الشعور غير مخيفة. والخبرة الانفعالية المخيفة المتربصة بالفرد مثلها كمثل الوحش المفترس يخيف باستمرار حتى وهو بعيد، أما عندما تفرغ الخبرة وتطهر من شحنتها الانفعالية تكون مثل الحيوان المحنط،

كان وحشا مفترسا يخيف فعلا ولكن تم صيده والسيطرة عليه وسحب روحه وتحنيطه فأصبح رغم وجوده معنا لا يخيف. نرجو أن تتكلم بانطلاق وتظهر مافيك على فيك.

اسمع قول الشاعر:

هم أطلقوا الحزن فارتاحت جوانحهم ... وما استرحت بحزن فىّ مدفون

الاستبصار: أى فهم الواقع وطبيعة الإنسان، وذلك بالتعرف على نواحى قوتك وإيجابياتك فتزيدها، وعلى نواحى ضعفك وسلبياتك فتعالجها وتحولها إلى مصادر قوة وإيجابية، وتنمو بصيرتك وتستفيد من ماضيك وحاضرك فى التخطيط المستنير لمستقبلك. إننا سوف ندرس كل خبراتك المؤلمة السابقة. وإذا كانت إحدى هذه الخبرات المؤلمة قد استبدت بك فسوف نعمل سويا على تحويلها من خبرة مؤلمة إلى خبرة معلمة. اسمع المثل القائل: «ما ضاع من مالك ما علمك» والقائل: «الخسارة اللى تعلم مكسب».

التعلم وإعادة التعلم: حيث نتعلم سويا أساليب السلوك السوى، مما يساعد على النمو السوى، وطرق حل المشكلات الشخصية والمشكلات بصفة عامة، وتحقيق التوافق النفسى السليم. لا تتردد فى أن تسأل عن أى شىء فى حياتك بخصوص سلوكك مهما كان خاصا. وسوف نزودك بذخيرة من المعلومات تفيدك فى حل المشكلات بل والوقاية من الأمراض النفسية. أعطنا أذنا واعية، فالهمسة الخفيفة فى الأذن الواعية خير من الصرخة المدوية فى الأذن الصماء. تذكر أنه «ويل لمن لا يعلم، وويل لمن علم ثم لم يعمل». وتأمل المثل الصينى: «إذا جاءك طفل جائع فلا تعطه سمكة، ولكن علمه كيف يصيد السمك، فأنت إذا أعطيته سمكة فقد أطعمته يوما، ولكن إذا علمته الصيد فقد أطعمته طول العمر».

نمو الشخصية: من كافة جوانبها (جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا)، وتحديد فلسفة عامة فى الحياة أكثر واقعية، وتوفيقا، وتقبل الخبرات، وتقبل الذات، وتقبل الآخرين.

حل المشكلة وعلاجها: وأساس ذلك دراسة المشكلة طولاً وعرضاً وعمقاً وإزالة أعراضها واقتلاع أسبابها من جذورها، لأننا إذا تركنا أسباب المشكلة وجذورها فسوف تنمو مشكلات جديدة، وكذلك استعراض محاولات حلها، ووضع الحلول والحلول البديلة والاختيار بينها وتنفيذ ما ترتضيه. نريد أن نحل العقد التى أصابت خيوط حياتك، وكل عقدة لها حلال. إننا لن نقطع أى عقدة نستطيع حلها، وسوف نحاول ربط أى خيط قد قطع. ويجب ألا ننسى أن حل المعقد يبدأ من أيسر خيوطه. وأهم شىء هو محاولة حصر المشكلة لا تفجيرها، وحلها لا تعقيدها. سيطر

أنت على المشكلة ولا تترك المشكلة تسيطر عليك. سوف تبدأ بنفسك. تذكر أن سعادتك بين يديك. ساعدنا فى تحقيق تقدم فى العلاج. وتحمل معنا مسئولية ذلك. لا تطلب حلولاً جاهزة أو عمل معجزات. فالمعالج دكتور وليس ساحراً. استفد من تجارب الحكماء لكى تحل مشكلاتك كما يحلها العظماء، فعليك أن تحدد مشكلتك، واقصرها على المهم، وتخلص من التفاهات، وقرر خطة لحلها، ثم لا تدع شيئاً يمنعك عن تنفيذها.

تعديل السلوك: لاحظ أن الإرشاد والعلاج النفسى يتضمن تعديل بعض أنماط السلوك وترويض النفس فى شىء من الصبر والمهارة والأمل. وهكذا وعندما ننجح إن شاء الله سوف يحدث تعديل فى سلوكك ستلمسه، تعديل من السيىء إلى الحسن، ومن الغريب إلى المألوف، ومن الشاذ إلى العادى، ومن اللامتوافق إلى المتوافق. قد تجد كل شىء فى أوله صعبا. ردد قول الحكيم: «اللهم هبنى القوة لتغيير ما أستطيع تغييره من الأمور، والصبر على ما لا أستطيع تغييره من الأمور، والحكمة للتمييز بين هذه وتلك. نريد أن نضع بعض أولويات متسلسة للعمل نسير فى تنفيذها خطوة خطوة. يجب أن نركز البصر على الواضح قبل أن نبحث فى الغامض والمبهم والخفى، ويجب أن نستوفى بحث وإنجاز البسيط القريب قبل أن ننشغل بالمعقد والبعيد. ويجب أن نرتب إمكاناتنا فى شكل واقع وممكن ومستحيل. ولا نريد أن نترك الممكن فى طلب المستحيل. إذا قلت لا أقدر فسنقول لك حاول، وإذا قلت لا أعرف فسنقول لك تعلّم، وإذا قلت مستحيل فسنقول لك جرب. واسمع حديث رسول الله ﷺ: «إذا أمرتكم بشىء فأتوا منه ما استطعتم، وإذا نهيتكم عن شىء فاجتنبوه». تذكر أنك إذا لم تكن تستطيع أن تعدل سلوكك وتصلح نفسك، فكيف تطمح أن تصلح أنت أو نحن الكون من حولك. تذكر دائماً سلطان الإرادة وقوة العزيمة. اسمع قول الشاعر:

كل صعب من الأمور إذا ما   صادف العزم صار بالعزم سهلاً

إنهاء عملية الإرشاد والعلاج: قد تقصر العلاقة الإرشادية العلاجية أو تطول. ويحدد إنهاءها تحقيقنا للهدف، وشعورك بقدرتك على الاستقلال والثقة بالنفس، والقدرة على حل مشكلاتك مستقبلاً، وشعورك العام بالتوافق النفسى والصحة النفسية.

المتابعة: تأكد أننا لن نتخلى عنك، ولابد من التأكد عن طريق المتابعة من تمام شفائك وسعادتك. ولذلك بعد تمام الإرشاد والعلاج إن شاء الله لابد من استمرار الاتصال بين الحين والحين. وهذا يستدعى الاحتفاظ بعنوانك ورقم تليفونك إن وجد. لاحظ أن أبوابنا مفتوحة

وصدورنا رحبة دائما... إنك نستطيع أن تعود فى أى وقت تشعر فيه بالحاجة إلى الاستشارة النفسية.

خاتمة

الإرشاد والعلاج النفسى يستغرق بعض الوقت، ولا يقاس زمنه بالساعات ولكن بالخبرات، ويحتاج إلى عدة جلسات. ومدة الجلسة ساعة. وفى نهاية كل جلسة نتفق على موعد الجلسة التالية. ويجب المحافظة على مواعيد الجلسات بغاية الدقة والاستعداد لها، وذلك لمصلحتك وحتى يتم العلاج بنجاح. ونرجو ألا تتعجل وتحكم على مدى نجاح عملية الإرشاد والعلاج بعد عدد محدود من الجلسات، ولكن يجب الانتظار حتى تتم العملية، وستتم بنجاح إن شاء الله. وسوف يأتى الوقت الذى تقول فيه كما قال الشاعر:

ولقد طالما شقيت ولكن   أدركتنى على يديك السعادة

والآن نرجو أن تكون قد استوعبت هذه المقدمة.

ولنعمل على بركة الله لنحقق هدفنا «الصحة النفسية».

والله الموفق

ملحق «٢»

اختبار مفهوم الذات الخاص(١)

تأليف

الدكتور حامد زهران

(لاتكتب اسمك) ولكن اكتب الرقم الذى يحدد لك بين هذين القوسين (   )

الجنس (ذكر/ أنثى): المدرسة أو الكلية أو المهنة:

مستوى التعليم (ابتدائى/ إعدادى/ ثانوى/ عال): السن:

الحالة الاجتماعية (متزوج/ أعزب/ مطلق/ أرمل): تاريخ اليوم:

التعليمات

فيما يلى ستون جملة ناقصة. اقرأ كل واحدة منها وأكملها بكتابة أول ما يرد إلى ذهنك. اعمل بأسرع ما تستطيع لا تترك جملة دون أن تكملها. إذا لم تتمكن من إكمال جملة ما، ارسم دائرة حول رقمها، ثم عد إليها لتكملها فيما بعد. ضع نجمة * أمام الأشياء التى تعتبرها هامة وتستحق عناية خاصة. تأكد أن هذا الاختبار سرى للغاية.

١ـ الشيء الذى لا يعجبنى فى نفسى هو ...

٢ـ أخطر نقطة ضعف فى شخصيتى ...

٣ـ أكثر ما يشعرنى بالنقص هو ...

٤ـ أصعب مشكلة فى أسرتى هى ...

٥ـ أهم سر فى أسرتى هو ...

٦ـ أكبر خطأ فى أسرتى هو ...

٧ ـ أسوأ ما فعل أبى هو . . .

٨ـ أسوأ ما فعلت أمى هو ...

٩ـ مع أصدقائى من الذكور نتحدث سراً فى ...

١٠ـ مع صديقاتى من الإناث نتحدث سراً فى ...

---

(١) حدث تعديل على فقرات اختبار مفهوم الذات الخاص الذى نشر فى بحث سابق (حامد زهران، ١٩٧٢). والصورة الحالية تضم بدايات الجمل وراء بعضها، أما فى نسخ الاختبار العادية فبعد كل جملة سطران.

١١ـ أكبر كذبة كذبتها فى حياتى هى ...

١٢ـ أكبر خسارة فى حياتى هى ...

١٣ـ أتعس يوم فى حياتى هو ...

١٤ـ أكثر شيء أخاف منه هو ...

١٥ـ أخطر ما يهدد حياتى فى الوقت الحاضر هو ...

١٦ـ أخطر ما يهدد مستقبلى هو ...

١٧ـ الموضوع الذى خجلت أن أناقشه مع أحد حتى الآن هو ...

١٨ـ السؤال المحرج الذى لم أستطع أن أوجهه لأحد حتى الآن هو ...

١٩ـ الذكرى التى تلح على وأتمنى أن أنساها هى ...

٢٠ـ الشيء الذى يملأ تفكيرى كثيراً ولم أصارح به أحد حتى الآن هو ...

٢١ـ المشكلة التى لا أقولها لأحد ولكنى أقولها للدكتور هى ...

٢٢ـ أكبر سر فى حياتى أخفيه عن الناس هو ...

٢٣ ـ الشيء الذى لا أذكره إلا وأنا أتوب إلى الله هو ...

٢٤ـ أكبر ذنب ارتكبته فى حياتى هو ...

٢٥ـ السلوك الذى أندم على أنى فعلته هو ...

٢٦ـ الشيء الذى يعذب ضميرى حين أتذكره هو ...

٢٧ـ الشيء الذى أعمله بدون رضا عنه هو ...

٢٨ـ أقبح خطأ ارتكبته فى حياتى هو ...

٢٩ـ أسوأ خبرة فى حياتى هى ...

٣٠ـ أسوأ شخص عرفته فى حياتى هو ...

٣١ـ أخطر شيء يشوه سمعتى هو ...

٣٢ـ أكبر مصيبة تنغص حياتى هى ...

٣٣ـ الشيء الذى حرصت ألا يعرفه أبى وأمى هو ...

٣٤ـ الشيء الذى أحرص ألا تعرفه زوجتى (أو زوجى) هو ...

٣٥ـ السلوك الشاذ الذى قمت به فى الماضى هو ...

٣٦ـ السلوك الشاذ الذى أقوم به فى الوقت الحاضر هو ...

٣٧ـ أكثر ما يقلقنى بخصوص الحياة الزوجية هو ...

٣٨ـ الشيء الذى أحاول أن أعمله ولكنى أخشى عواقبه هو ...

٣٩ـ أكبر ما يشغلنى جنسيا هو ...

٤٠ـ أهم أسرارحياتى الجنسية هو ...

٤١ـ أغرب ما حدث فى طفولتى هو ...

٤٢ـ أسوأ ما حدث فى سن المراهقة هو ...

٤٣ـ أخطر ما حدث فى المدرسة هو ...

٤٤ـ أسوأ ما حدث فى العمل هو ...

٤٥ـ أخطر ما أعانى منه من الناحية الصحية هو ...

٤٦ـ أشد ما يقلقنى من الناحية الجسمية هو ...

٤٧ـ أحرج موقف وقفته فى حياتى هو ...

٤٨ـ أسخف مقلب تورطت فيه فى حياتى هو ...

٤٩ـ أسوأ ما يقوله الناس عنى هو ...

٥٠ـ أسوأ ما أظنه فى الناس هو ...

٥١ـ أسوأ ما فى معظم النساء هو ...

٥٢ـ أسوأ ما فى معظم الرجال هو ...

٥٣ـ أسوأ ما فى معظم البنات هو ...

٥٤ـ أسوأ ما فى معظم الأولاد هو ...

٥٥ـ الأمل الذى أحاول أن أحققه ولكنى لم أحققه حتى الآن هو ...

٥٦ـ هناك شيء هام لم يرد فى هذا الاختبار هو ...

٥٧ـ الخلاصة أن أخطر ما فى الموضوع هو ...

٥٨ـ الذى يسبب كل متاعبى هو ...

٥٩ـ أغرب ما ألاحظه فى سلوكى هو ...

٦٠ـ أعتقد أن حالتى سوف تتحسن لو ...

ملحق « ٣ »

مقياس « ك »

إعداد

الدكتور حامد زهران

الاسم: .... تاريخ اليوم: / /

الجنس (ذكر/ أنثى): .... تاريخ ميلادك: / /

المدرسة أو الكلية أو المهنة: .... العمر: يوم شهر سنة

التعليمات

- املأ البيانات الخاصة بالاسم والجنس والمدرسة... إلخ.
- فى هذا المقياس أربعون جملة تمثل عينة من السلوك الاجتماعى فى الحياة اليومية.
- المطلوب قراءة الجمل الواحدة تلو الأخرى والاستجابة لها على النحو التالى:
- إذا كان ما تقوله الجملة يطابق سلوكك، تكون استجابتك «نعم»، ارسم دائرة حول كلمة نعم مقابل هذه الجملة.
- إذا كان ما تقوله الجملة لا يطابق سلوكك، تكون استجابتك «لا»، ارسم دائرة حول كلمة لا مقابل هذه الجملة.
- اقرأ الجمل بدقة، واستجب لكل منها.
- ليس هناك وقت محدد للاستجابة، ولكن حاول ألا تستغرق وقتا طويلا.

مثال:

أتكلم اللغة العربية بطلاقة تامة .... (نعم) لا

أتكلم اللغة الصينية بطلاقة .... نعم (لا)

الرجا البدء فى الاستجابة للجمل فى الصفحتين التاليتين

١ـ أهتم بنفسى أولا ثم بالآخرين بعد ذلك.	نعم	لا
٢ـ أكره أن يجاملنى أحد وأكره أيضا ان أجامل الآخرين.	نعم	لا
٣ـ أعامل من هم أقل منى منزلة تماما كما أعامل من هم أعلى منى منزلة	نعم	لا
٤ـ أفضل الفوز على منافسى وأحب المكسب على الخسارة فى المباريات	نعم	لا
٥ـ أعامل الناس بالمساواة الكاملة لا فرق عندى بين قريب وبعيد أو غنى وفقير.	نعم	لا
٦ـ إذا تعارضت مصلحتى مع مصلحة صديق فإننى أفضل مصلحتى أولا.	نعم	لا
٧ـ أتلفظ أحيانا ببعض الكلمات المخلة بالأدب.	نعم	لا
٨ـ أعامل أولاد الأقارب والأصدقاء مثل معاملتى لأولادى أو إخوتى تماما.	نعم	لا
٩ـ أحيانا أتحدث فى حق بعض الناس فى غيابهم.	نعم	لا
١٠ـ لجأت فى بعض الظروف إلى الوساطة لقضاء حاجة أو حل مشكلة.	نعم	لا
١١ـ أحيانا أؤجل إلى الغد ما يجب أن أعمله اليوم.	نعم	لا
١٢ـ لو تمكنت وتيقنت أننى لن أضبط فقد أغش فى مسابقة أو امتحان صعب.	نعم	لا
١٣ـ لقد خالفت بعض أوامر الوالدين عندما تعارضت مع رغباتى.	نعم	لا
١٤ـ إذا أرسل إلى أحد خطابا فأننى أرد عليه فى نفس اليوم.	نعم	لا
١٥ـ لجأت مرة إلى الخداع والكذب على والدى للنجاة من العقاب.	نعم	لا
١٦ـ أقرأ كل مقال افتتاحى فى الجريدة اليومية.	نعم	لا
١٧ـ من الجائز أن أركب الأتوبيس بدون تذكرة إذا تأكدت أنه لن يرانى أحد	نعم	لا
١٨ـ تضطرنى الظروف إلى أن أكذب فى بعض الأحيان	نعم	لا
١٩ـ إذا حصلت على درجات أو أشياء أكثر مما أستحق فإننى ألفت نظر المسئولين إلى ذلك.	نعم	لا
٢٠ـ أنا صريح وأجيب بصدق عن أى سؤال حتى إذا كان عن أسرارى وخصوصياتى الشخصية.	نعم	لا

٢١- إذا كنت فى الجمرك فإننى أعلن عن كل ما معى حتى لو تأكدت أن من المستحيل الكشف عنه.	نعم	لا
٢٢- تراودنى أحيانا أفكار قبيحة لا يمكن التحدث عنها.	نعم	لا
٢٣- أحيانا أعبث فى بعض الأشياء التى لا تخصنى فى المنزل.	نعم	لا
٢٤- لو كنت مستغرقا فى التفكير وسألنى أحد عما أفكر فيه أقول له بدون تردد.	نعم	لا
٢٥- عندى أسرار خاصة لا يمكن أن أبوح بها.	نعم	لا
٢٦- كنت أحيانا أنحاز إلى جانب أحد والدى على حساب الآخر	نعم	لا
٢٧- أستطيع أن أرى كل عيوبى وأستطيع أن أتغاضى عن عيوب الناس.	نعم	لا
٢٨- حدث مرة أن أسأت التصرف مع أحد والدى عندما كنت متضايقا	نعم	لا
٢٩- أشعر أحيانا ببعض الضيق من أن مستوى بعض الأسر يفوق مستوى أسرتى.	نعم	لا
٣٠- إننى دائما أعمل المعروف مع أهله ومع غير أهلى.	نعم	لا
٣١- أحيانا أجدنى أفضل نفسى على أحد إخوتى أو أخواتى.	نعم	لا
٣٢- كل عاداتى طيبة ومرغوب وفيها.	نعم	لا
٣٣- أثور وأغضب أحيانا.	نعم	لا
٣٤- حدث أن انفعلت وثرت بشدة على أحد أصدقائى المقربين لخطأ ارتكبه.	نعم	لا
٣٥- يضايقنى أحيانا أن أمرض أو تسوء صحتى.	نعم	لا
٣٦- عندما كنت مراهقا كنت أفكر فى الأمور الجنسية.	نعم	لا
٣٧- أضحك أحيانا عندما أسمع النكت القبيحة.	نعم	لا
٣٨- أحب أن أظهر بمظهر الفاهم للأمور وأتحدث أحيانا عن أمور لا أعلم عنها شيئا.	نعم	لا
٣٩- أراعى دائما آداب المائدة عندما آكل وحدى فى منزلى كما لو كان يصحبنى ضيف.	نعم	لا
٤٠- أحب أن أتعرف على الناس المهمين لأن ذلك يجعلنى أشعر بأننى مهم	نعم	لا

المراجـــع

- **حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٢).** مفهوم الذات الخاص فى التوجيه والعلاج النفسى. مجلة الصحة النفسية، العدد العلمى السنوى. ص ٢٣ ـ ٤٢.

- **حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٤).** الصحة النفسية والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

- **حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦).** مفهوم الذات والسلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية. مجلة كلية التربية جامعة الملك عبدالعزيز بمكة المكرمة: العدد الثانى. ص ٢٠١ ـ ٢٤٥.

Arneklov, B. L. (1972). The use of defensiveness as a covariate of self-report in the assessment of self-concept among Navajo adolescents. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 3772-3773.

Denton, J.L. (1972). An investigation of the measurement of intensity and intimacy in the counseling relationship as related to affective results. Dissertation Abstracts International. 32 (9A), 4941.

Goi, F.J. (1971). The effect of actual therapy pretraining upon the depth of self-exploration of university counseling center clinic during the initial interview. Dissertation Abstracts International, 32 (2A), 1211-1212.

Granoff, M. (1971). An analysis of meanings and consequences of self-disclosing bohavior. Dissertation Abstracts International, 32 (11A), 5844.

Jones, L. K. (1972). Relationship between self-disclosure and positive mental health, modeled self-disclosure, and socioeconomic status. Dissertation Abstracts International, 32 (9A), 4953-4954.

Kaufki, M.A. (1971). The effect of vicarious therapy pretraining upon the depth of self-exploration during the initial counseling interview. Dissertation Abstracts International, 32 (2A), 739-740.

Kline, M. V. (1960). The value and limitation of hypnosis in psychothetherapy: Two clinical illustrations. Int. J. Clin. Exp. Hypnosis, 8(4), 263.

Kurth, Suzanne B. (1972). Determinants of verbal self-disclosure. Dissertation Abstracts International, 32 (7A), 4106.

Margolis, G. F.(1972). The use of poems in counseling theory and practice. Dissertation Abstracts International. 32 (7A), 3693.

Rogers, Carl. (1942). Counseling and Psychotherapy: New Concepts in Practice. Boston: Houghton.

Rogers, Carl. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. Amer. Psychologist, 1, 415-422.

Rogers, Carl. (1948). Dealing with Social Tension: A presentation of Client-Centered Counseling as a Means of Handling Interpersonal Conflict. New York: Hids.

Rogers, Carl. (1951). Client-Contered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory. Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, Carl. (1959). A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. In Koch, S. (Ed.) Psychology: A Study of Science. Vol. III. For mulations of the Person and the Social Context. pp. 184-256. New York: McGraw-Hill.

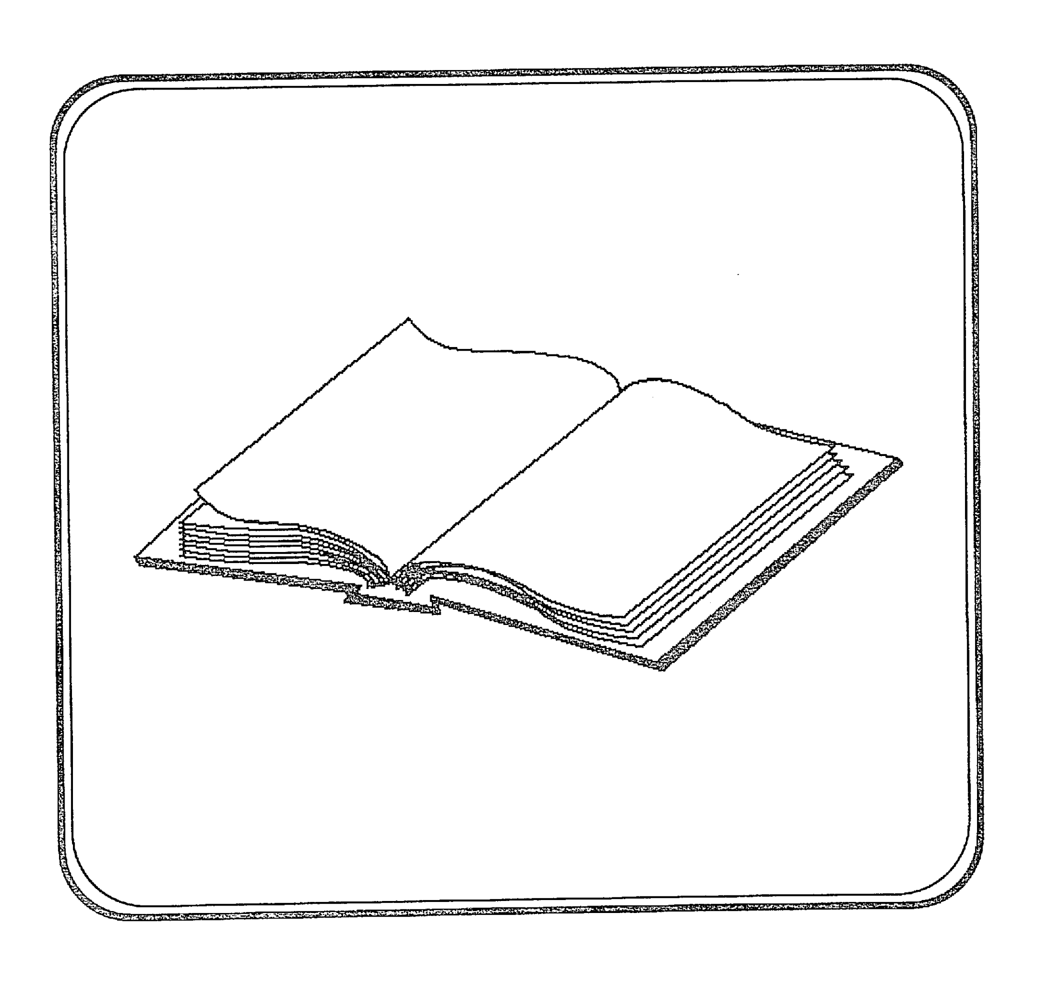
Rogers, Carl. (1960). Significant Trends in the Client-centered Orientation. In progress in clinical psychology. Vol. 4. pp. 85-99. New York: Grune and Stratton.

Straker, M. (1968). Brief psychotherapy in an outpatient clinic: Evolution and evaluation. Amer. J. Psychiat, 124, 1219-1226.

Tingley, C.O. (1971). A study of the influence of client.counselor interpersonal compatibility on client self-exploration in the early process of the one-to-one counseling relationship. Dissertation Abstracts International. 32 (3A), 1285.

Zahran, Hamed. (1966). The Self-Concept in Relation to the Psychological Guidance of Adolescents: An Experimental Study. Ph. D. Thesis. University of London.

Zahran, Hamed. (1967). The Self-concept in the psychological guidance of adolescents. Brit. J. Educ. Psychol., 37, 225-240.



[١٦] العلاج النفسى التربوى للأطفال[١]

مقدمة:

العلاج النفسى بمعناه العام هو نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعانى منها المريض وتؤثر فى سلوكه، وفيه يقوم المعالج ـ وهو شخص مؤهل علمياً وفنياً ـ بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها أو تعطيل أثرها، مع مساعدة المريض على تنمية شخصيته ودفعها فى طريق النمو النفسى الصحى، بحيث يصبح المريض أكثر نضجاً وأكثر قدرة على التوافق النفسى فى المستقبل (حامد زهران، ١٩٧٧).

ولقد اتسع ميدان العلاج النفسى ليشمل عدداً من الطرق منها: التحليل النفسى والعلاج النفسى الجماعى والعلاج الاجتماعى، والعلاج بالعمل، والعلاج باللعب، والعلاج السلوكى، والعلاج الممركز حول العميل، والعلاج النفسى الدينى، والعلاج النفسى المختصر والإرشاد العلاجى، والاستشارة النفسية. وتزايدت الطرق المساعدة فى العلاج مثل العلاج النفسى التدعيمى والعلاج بالقراءة والتأهيل الطبى وإعادة التعليم والعلاج الترويحى والعلاج الرياضى والعلاج بالموسيقى والعلاج بالفن.

ومن بين ما تقدم طرق تهتم بالعلاج النفسى التربوى للأطفال مثل: العلاج باللعب والإرشاد التربوى، والإرشاد النفسى خلال العملية التربوية، والعلاج بالقراءة وإعادة التعليم. وقد تخصصت الكثير من المدارس فى التربية الإرشادية أو التربية العلاجية[٢].

والدارس والممارس للعلاج النفسى يجد أن المعالج يتلمس كافة الطرق لتعديل السلوك وتوجيهه إلى مسار نموه السوى. ويعمل كل من الوالدين والمربين على توفير الصحة النفسية فى مراحل النمو المختلفة فى سبيل تنشئة أفضل للإنسان ومشكلات أقل وقدرة على الوقاية وإمكان العلاج حين يحتاجون إليه (دحام الكيال، ١٩٧٣).

(١) مجلة كلية التربية جامعة عين شمس، عدد ٣ (١٩٨٠). ص ١٦٧ ـ ١٩٤.

(٢) من الأمثلة على ذلك:

The Marianne Frostig School of Education Therapy. Los Angles.

التى تهتم بصفة خاصة بتربية وإرشاد وعلاج من لديهم صعوبات فى التعليم والفئات الخاصة.

ولقد عكف الباحثون خلال الخمسينات على بلورة طريقة التوجيه النفسى النمائى Developmental Guidance مثل ليتل وتشابمان Little & Chapman (١٩٥٥).

وأخذت الجهود تنمو خلال الستينات ونشرت الكتابات عن الإرشاد النفسى النمائى Deveopmental Counselling مثل دنكماير Dinkmeyer (١٩٦٦).

ومنذ أوائل السبعينات اهتم فريق من الباحثين الأمريكيين وعلى رأسهم مارى وود Mary Wood (١٩٧٥)[١] ببلورة طريقة تجمع بين العلاج النفسى والعلاج التربوى يقوم بها مدرسون - معالجون بهدف تعديل السلوك وتصحيح مساره لتحقيق التقدم السوى فى إطار منهج علاجى تربوى محدد. هذه الطريقة أطلق عليها اسم «العلاج التنموى» Deveopmental Therapy أو العلاج النفسى التربوى Psycho-educational Therapy. وفى الدول النامية بصفة عامة حيث ندرة المتخصصين فى العلاج النفسى يجب الاهتمام بمثل هذه الطريقة التى يقوم بها متخصصون متوافرون نسبياً مثل المدرسين الذين يعدون ويدربون إعداداً وتدريباً خاصاً.

تعريف:

العلاج النفسى التربوى هو علاج الأطفال المضطربين اجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً بواسطة المربين، وهو نموذج علاجى يهدف إلى تسهيل وتحقيق النمو العادى نحو النضج الاجتماعى والانفعالى والعقلى والجسمى من خلال استثارة السلوك السوى والتخلص من السلوك غير السوى.

ويقوم العلاج النفسى التربوى على أساس مبادئ ونظريات التعلم مثل الحوافز والدوافع للنجاح والإثابة والتعزيز... إلخ، لتحسين السلوك البناء وانطفاء السلوك المضطرب غير البناء، ويستغل العناصر الدينامية النفسية ذات الطبيعة المتغيرة مثل المشاعر والصراعات والاتجاهات والقيم ومفهوم الذات، ويستخدمها كعناصر قوية تساعد الطفل على الاستمرار فى النمو السوى، ويستخدم الفنيات الخاصة بالعلاقة العلاجية والتربوية لتطوير شخصية الطفل وقدراته وسلوكه.

ويتم العلاج النفسى التربوى على خمس مراحل فى إطار منهج علاجى له أربعة أهداف تنموية، ويتضمن خبرات سارة منظمة متتابعة تمثل خطوات فى النمو نحو النضج.

وهكذا نجد أن العلاج النفسى التربوى يتعامل مع الطفل من خلال منظار النمو الاجتماعى

---

(١) من الذين اشتركوا مع مارى وود:
Carolyn Combs, W. W. Swan, L.R Bolster, Diane Weller, Ann Williams, Andrea Lamax, Marylyn Galewski, Cynthia Cook, Ola Jennings, A. Beardsly, Barbara Geter.

والانفعالى السوى، وهو بهذا يعتبر «نموذج نمو» وليس «نموذج عجز»، فهو يؤكد العمليات العادية فى نمو الطفل، ويعمل على تقوية هذه العناصر كوسيلة لتدعيم النمو الاجتماعى والانفعالى، وهو إطار تنموى يمكن لتعديل السلوك ويوجهه إلى الأفضل وبأسلوب تربوى تطبيقى عملى فى فصل دراسى علاجى مزود بأدوات اللعب المناسبة ويضم جماعة من الأطفال يتراوح عددهم بين ٥-٨ وتتراوح أعمارهم بين ٣-٩ سنوات (ويمكن أن يستخدم مع الأطفال المعوقين حتى نهاية المرحلة الابتدائية).

ويقوم بالعلاج النفسى التربوى فريق يضم المدرس والمعالج النفسى، ومساعدين فنيين بالتعاون مع الوالدين.

افتراضات أساسية:

الطفل العادى قد يعانى من بعض مشكلات نفسية فى حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسى، ويجب الاهتمام بحل وعلاج هذه المشكلات قبل أن يستفحل أمرها وتتطور الحالة إلى عصاب أو ربما إلى ذهان، أو على الأقل حتى لا تحول دون النمو النفسى السوى ودون تحقيق الصحة النفسية (حامد زهران، ١٩٧٧أ).

ويقوم العلاج النفسى التربوى الذى يركز على النمو السوى للطفل على افتراضات أساسية لها جذورها فى النظريات والبحوث فى ميادين نمو الطفل والعلاج النفسى والتربية الخاصة ونظريات التعلم وغيرها. وفيما يلى هذه الافتراضات:

١- تتداخل الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الطفل مع الأداء الوظيفى العادى، ومن الصعب فصلها عنه. والعناصر الصحية العادية لدى الطفل المضطرب يتجاهلها الناس عادة، وقد يعتبرونها أحياناً غير عادية. ويمكن تطبيق ذلك عملياً بأن تتضمن خطة العلاج كلا من العناصر السوية والعناصر المضطربة لدى الطفل حتى لا يركز العلاج على المشكلات والنقائص ونقاط الضعف وحتى لا ينسى ويهمل القوى الصحية النمائية - وهذا يستثير سرعة النمو والتقدم.

٢- تتتابع العمليات العادية للنمو الجسمى والنفسى فى مراحل متتالية معروفة، وهذا التتابع يحدث فيه تغيرات طبيعية خلال عملية النمو ويحدث تلقائياً لدى كل من الأطفال العاديين والمضطربين على السواء، وينتج عن هذا النمو عادة سلسلة من أنماط السلوك والمهارات فى فترات قصيرة من الزمن. ويمكن تطبيق ذلك فى العلاج باستخدام التغير والأنماط السلوكية

الجديدة كمفتاح للعلاج الناجح، خاصة وأن التغيير البناء يحدث عندما نمكن له ونحول دون نمو واطراد السلوك المضطرب حين يحل محله السلوك السوى المطلوب.

٣- عملية النمو العادى فردية إلى حد كبير، ويمكن التنبؤ بمسارها - إذا تساوت العوامل المؤثرة فيها مثل الظروف البيئية والخبرات والبنية الحيوية. ويمكن الاستفادة من هذا بأن تخطط عملية العلاج للنمو والتغيير فى ضوء معيارين، أولهما: التتابع العام للنمو العادى بالنسبة لكل الأطفال، وثانيهما: النمط الفردى الخاص بالطفل ونواحى قوته ونواحى ضعفه الخاصة فى ضوء معايير النمو العادى.

٤- تتوقف معرفة الطفل بنفسه، وثقته بنفسه، واستعداده للسلوك فى المواقف الجديدة على توافر الخبرات السارة. ويمكن تطبيق ذلك علاجياً بتوفير فرص النجاح للطفل بحيث يشعر بهذا النجاح حين يقوم المدرس - المعالج بدور المرآة التى يرى من خلالها الطفل هذا النجاح، وكلما كانت خبرات العلاج سارة وواضحة ومبسطة وذات مغزى ومؤدية إلى النجاح، كلما اندمج الطفل فيها وكلما نجحت عملية التعلم المطلوبة.

٥- يتعلم الطفل وينمو من خلال الخبرات. ويكون سلوكه الذى يعمله أكثر أهمية مما يسمعه، وما يخبره يؤثر فيما يتعلمه، والمعنى يأتى من خلال الخبرة. ويمكن تطبيق ذلك عملياً بأن تكون الخبرات العلاجية عنصراً هاماً فى علاج الأطفال حيث إن التعلم من الخبرة أجدى معهم من التعلم من خلال الكلام. ويجب أن يكون العلاج مرتبطاً بعالم الطفل حيث ترتبط الاستجابات المتعلمة خلال العملية العلاجية بنتائج سارة ملموسة فى خبرات الحياة اليومية.

فنيات العلاج النفسى التربوى:

يبدأ العلاج النفسى التربوى بتهيئة المناخ أو الجو التربوى العلاجى المناسب المشبع بالأمن والفهم والتقبل الذى يتيح فهم سلوك الأطفال وأفكارهم وانفعالاتهم ومشاعرهم ودوافعهم وحاجاتهم واتجاهاتهم.

وفى المناخ المناسب تقوم العلاقة التربوية العلاجية التى تسودها البشاشة والتسامح والعمل على تحقيق أهداف العلاج.

ويتيح العلاج النفسى التربوى للأطفال خبرات جديدة سليمة تتيح تعلم السلوك السوى وأساليب التوافق النفسى السليم. وهنا تتحقق عملية نمو تشمل النمو العقلى والانفعالى والاجتماعى لدى الاطفال وتؤدى إلى نمو سليم لمفهوم الذات لديهم.

ويستخدم المدرس ـ المعالج ما يناسب من فنيات كل من عمليتى التدريس والعلاج بمهارة ومرونة. والمهم ليس ما يقال أو يعمل فقط، ولكن الأهم هو كيف يقال أو يعمل.

ومن الفنيات الرئيسة مساعدة الأطفال على النمو باستخدام أدوات وأنشطة اللعب فى إطار جماعى حيث يعبر الأطفال عن أنفسهم، ويخرجون جزءا من خبرات حياتهم لا يمكن التعبير عنه لفظياً. ونحن نعلم أن اللعب وأدوات اللعب تساعد الأطفال على النمو وتساعدنا فى تعليمهم وتشخيص مشكلاتهم وعلاجها.

ويستفاد فى العلاج النفسى التربوى بالنشاط اليومى فى اللعب والتدريبات والفن والموسيقى وحتى الأكل والشرب. ويكون التركيز على خبرات الأطفال أنفسهم . فمن المعروف أن الأطفال يحبون أن «يعملوا» أكثر مما يحبون أن «يعمل لهم».

ويلاحظ المدرس ـ المعالج أن الأطفال يستجيبون للاتصال المباشر المحسوس أكثر مما يستجيبون للاتصال اللفظى المعنوى المجرد، وهذا يحتاج إلى تدريب وممارسة.

ويستعين المدرس ـ المعالج بمهاراته الشخصية وقدرته اللغوية والحركية فى التأثير على الأطفال حيث يساعدهم، ويشعرهم بالأمن والحب، ويستثير دافعيتهم، ويريحهم ويثيبهم، ويتقبلهم وينمى لديهم المهارة فى استخدام اللغة والتعبير عن المشاعر والتنفيس الانفعالى.

والمهم هو معرفة الوقت المناسب لنمو الطفل لاستخدام فنية من الفنيات. وأفضل الفنيات التربوية العلاجية لا تجدى إذا استخدمت والطفل ليس على مستوى من النمو يجعله قادراً على الاستجابة لها.

وفى ضوء الخصائص العامة المشتركة لنمو الأطفال فى مراحل العلاج النفسى التربوى، ومع عمل حساب حالة كل طفل فرد، فإن المدرس ـ المعالج يمكن أن يعدل الفنيات حسب حاجات الأطفال فى المرحلة المعينة، وفى نفس الوقت يستجيب للفروق الفردية.

وعندما يتقن المدرس ـ المعالج الإطار الأساسى للعلاج النفسى التربوى فإنه يصبح قادراً على اتخاذ طابعه الخاص وفنياته وتطبيقها بدرجة كبيرة من التأثير والنجاح.

ويلاحظ أن عملية العلاج عملية تغير فى السلوك، والتغير عملية شاقة، وقد يقاومها الطفل، وهذا بمثابة عقبة يجب على المدرس ـ المعالج مقاومتها بمهارة وفى حينها.

دور المدرس ـ المعالج:

المدرس هو أقرب شخص إلى الطفل فى المدرسة. والمدرس ـ المرشد والمدرس ـ المعالج

تطوران جديدان لشخصية المدرس التقليدى الذى يهتم فقط بتدريس مادة تخصص. ودور المدرس (المعالج) دور مزدوج حيث يكون هو محور العملية التربوية العلاجية المتكاملة (حامد زهران، ١٩٧٦).

ويعمل المدرس ـ المعالج متعاوناً مع الطبيب النفسى، والأخصائى النفسى، والأخصائى الاجتماعى، الذين يشتركون معاً كفريق يتولى مسئولية العلاج النفسى التربوى للأطفال بالتعاون مع أسرهم.

ويعد المدرس ـ المعالج إعداداً خاصاً فى كليات التربية حيث يدرس مع مواد الإعداد التربوى والنفسى ـ وعلى مستوى الدراسات العليا ـ مواد الإعداد الإرشادى والعلاجى وعلم نفس النمو وعلم النفس الاجتماعى والتربية الخاصة والتدريب العملى على المهارات التربوية والعلاجية المتخصصة.

ويعمل المدرس ـ المعالج مع أطفال مضطربين انفعالياً محرومين ثقافياً ذوى سلوك غريب قد يصاحبه اتجاهات رفض موجهة إليهم، ويقابله مستويات اجتماعية متباينة وتوقعات مختلفة من أسر الأطفال، وعليه أن يكون مستعداً للتدريس فى مجال النمو الاجتماعى ـ الانفعالى فى إطار برنامج جذاب للطفل فى حاضره، ثم يسير قدماً خطوة خطوة عبر سلسلة من معالم النمو، ولابد أن يتعامل مع الواقع الاجتماعى وإمكانات النجاح والفشل فيه، وعليه أن يستغل الدافعية وأن يكون هو نفسه متوافقاً نفسياً وعامل حفز قويا فى عملية العلاج، ويجب عليه أن يحدد أهداف النمو والعلاج التى يسعى لتحقيقها وطريق وخطوات تحقيق هذه الأهداف فى إطار من المرونة والتجديد والابتكار، مع بذل الجهد والصبر والبصيرة والثقة فى الذات والتعاطف مع الأطفال وأسرهم (صموئيل مغاريوس، ١٩٧٣).

المنهج العلاجى:

يقوم العلاج النفسى التربوى على أساس منهج علاجى تنموى Developmental Therapy Curriculum. والمنهج العلاجى عبارة عن إطار عام مرن يعتبر بمثابة الخطوط العريضة أمام المدرس ـ المعالج لتخطيط خبرات مناسبة ومهارات سلوكية متتابعة يتعلمها الطفل المضطرب بهدف تحقيق النمو السوى اجتماعياً وانفعالياً نحو النضج.

ويسترشد بالافتراضات السابقة فى تخطيط وبناء المنهج العلاجى، وذلك على النحو التالى:

- يجب أن يكون المنهج مرناً بدرجة كافية ليغطى أى اضطراب انفعالى أو مشكلة سلوكية لدى الطفل المضطرب.

- يجب أن يشتمل المنهج على خبرات متتابعة تستثير النمو وتستخدم المهارات الجديدة التى تظهر خلال رحلة النمو لدى الطفل.
- يجب أن يكون المنهج قابلاً للتعديل حسب الفروق الفردية بين الأطفال، وفى نفس الوقت يكون قابلاً للتطبيق فى مواقف جماعية.
- يجب أن يكون المنهج واسعاً بدرجة تكفى للاستخدام العلاجى، وأن يكون فى نفس الوقت محدداً وقابلاً للتقييم الموضوعى من جانب المربين والوالدين.
- يجب أن يتضمن البرنامج عمليات أساسية مثل: الخبرات العملية الملموسة، والتعلم البناء، بما يتناسب مع مستوى نمو الطفل الفرد، وفى الإطار العام لنمو الأطفال بصفة عامة.

ويتضمن الإطار العام للمنهج العلاجى أربعة مجالات متكاملة لها إجراءات متداخلة. والمجالات الأربعة هى: السلوك، والاتصال، والتنشئة الاجتماعية، والتحصيل الأكاديمى.

١. **السلوك:** ويتناول الاستجابات التوافقية التى يقوم بها الطفل للمثيرات البيئية. وحين يستجيب الطفل لمثيرات البيئة ويكون واعياً بها، ومع الوعى بالبيئة تنمو عمليات أخرى مثل الاستجابات الحركية والتحكم فى الجسم والمشاركة فى النشاط وتنمو مهارات أكثر تقدماً مثل التحكم فى دوافع السلوك وتنظيمه تبعاً لتوقعات الآخرين وفى ضوء المعايير الاجتماعية.

٢. **الاتصال:** ويعتبر عنصراً أساسياً من عناصر التفاعل الاجتماعى سواء كان لفظياً أو غير لفظى، ويتضمن الإشارات والمشاهدات والتقليد والحديث. ومع تقدم الاتصال يتعلم الطفل الإصغاء ووصف مشاعره وخصائصه ومشاعر الآخرين وخصائصهم والتعبير عن المعلومات والمشاعر لفظياً.

٣. **التنشئة الاجتماعية:** وتتضمن التنشئة الاجتماعية العلاجية عملية إدماج الطفل فى خبرات جماعية، وهى امتداد لعملية التنشئة الاجتماعية التى يخبرها الطفل منذ بدء وعيه بالكبار والرفاق فى تعامله ولعبه. وتأخذ عملية التنشئة الاجتماعية العلاجية شكلاً تنموياً عندما يتقن الطفل مهارات تفاعلية اجتماعية ناجحة مع الآخرين. وليتم ذلك لابد أن يكون وعى الطفل بنفسه وثقته بنفسه واهتمامه بالآخرين قد نما. وتتضمن عملية التنشئة الاجتماعية لعب الأدوار، واقتراح الأنظمة الاجتماعية والمشاركة فى الأنشطة الاجتماعية التى يقترحها الآخرون، والتعرف على خصائص الآخرين، واختيار الأصدقاء، ومساعدة الآخرين، والمشاركة الفعالة فى نشاط الجماعة.

٤. **التحصيل:** ويتضمن عمليات عقلية معرفية تساعد فى تحقيق المسار العادى للنمو العقلى والتحصيل. ويشتمل هذا المجال على مهارات أكاديمية مثل التآزر الحسى الحركى والمهارات الإدراكية وتدريب الذاكرة وإدراك العلاقات والفروق والتصنيف وتكوين المفاهيم والمهارات اللغوية واستخدامات الأشياء والتعرف على التفاصيل ومفاهيم الأعداد والحفظ. وهذه المهارات الأساسية تؤدى إلى مهارات أكثر تعقيداً مثل التعبير وفهم العلامات والرموز بما يفيد الطفل فى الاتصال بالآخرين. وأخيراً تنظم هذه العمليات فى شكل مهارات أكاديمية مثل حل المشكلات وتشجيع الابتكار.

أهداف المنهج العلاجى:

ينبغى أن يخطط المنهج بصورة عامة فى شكل أهداف مفهومة، وهذه الأهداف ينبغى أن تراعى كل جوانب النمو (وول، د. ت).

ويهدف المنهج العلاجى أساساً إلى تحقيق النمو والنضج الاجتماعى والانفعالى. وواجب المدرس ـ المعالج فى تربية وعلاج الأطفال المضطربين انفعالياً هو توجيه كل طفل إلى وجهة معينة خاصة فى اتجاه تقدمى. وهناك دائماً طرق واتجاهات ومهارات بديلة للتوجيه. وبعض المهارات مستقيم ومباشر وبعضها دائرى وغير مباشر. ويجب دراسة حالة الطفل جيداً بحيث يمكن تحديد معالم الطريق المؤدى إلى الأهداف. فأهداف المنهج العلاجى هى العلامات ومعالم النمو الرئيسة التى تحدد الطريق إلى النضج. وتختلف المسافات إلى كل هدف باختلاف الأطفال ومشكلاتهم وحسب الفروق الفردية وحسب إمكانات المدرس ـ المعالج. وقد نجد أن اتباع بعض المهارات الجانبية بجوار المهارات الرئيسة ضرورياً للوصول إلى الهدف. ولنتذكر دائماً أن الوقت عنصر هام وحرج فى حياة الطفل النامى، لذلك يجب عدم الإكثار من المسارات الجانبية لتحقيق الأهداف حتى يصل الطفل إلى الهدف فى وقت مناسب ودون تأخير. ومن المهم أن يخرج كل طفل من الجلسة العلاجية التربوية وقد تعلم وأتقن نمطاً سلوكياً جديداً يشعر به ويمارسه.

ولابد قبل الانتقال إلى تحقيق هدف جديد الانتهاء من تحقيق الأهداف السابقة عليه.

مراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته:

يتضمن العلاج النفسى التربوى خمس مراحل علاجية متتالية يتم فيها إجراءات العلاج فى مجالاته الأربعة، بما يؤدى إلى التوافق النفسى للطفل.

وتمثل مراحل العلاج النفسى التربوى تكاملاً بين مظاهر النمو: جسمياً وعقلياً، واجتماعياً وانفعالياً. ويمكن تطبيق هذه المراحل على مدى عمرى يمتد حتى نهاية مرحلة الطفولة، وعلى مشكلات عديدة، وفى مستويات ثقافية واجتماعية ـ اقتصادية متباينة.

وفى كل مرحلة وكل مجال هناك تتابع لأهداف محددة تمثل معالم النمو الرئيسة. ويتقدم الأطفال فى النمو وبينهم فروق فردية ولكل منهم سرعة نمو خاصة عبر مراحل العلاج وفى إطار كل مجال من مجالات المنهج العلاجى.

ولكل مرحلة فنيات وأدوات وخبرات خاصة.

وليس من الضرورى أن يبدأ العلاج النفسى التربوى من المرحلة العلاجية الأولى. وتحدد مرحلة البدء حسب مرحلة نمو الطفل وأهداف علاجه..

وفيما يلى وصف لمراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته:

المرحلة الأولى:(١) الاستجابة للبيئة بسرور:

الوصف العام: الاستجابة للبيئة بسرور، ويتضمن ذلك الثقة فى النفس وفى الآخرين.

الأطفال: يضم فصل المرحلة الأولى حوالى خمسة من الأطفال ذوى السلوك الغريب الذين يضايقون من يعيشون معهم أو حتى من يخالطونهم ولو لفترة وجيزة من الزمن. والعالم بالنسبة لهؤلاء الأطفال ملىء بالإحباطات، ويشعرون بعدم الراحة، وأن الآخرين لا يفهمونهم وهم أيضاً لا يفهمون الآخرين، واستجاباتهم غير سوية لأنهم أقلعوا عن الاستجابة السوية أو أنهم كانوا أصلاً لا يستجيبون استجابة سوية لأنهم لم يتعلموها من قبل، ويكاد تراجعهم وانسحابهم من عالم السلوك السوى البناء يكون كاملاً. هذا ويحسن أن يحضر الأطفال أول يوم مع والديهم ويقابلهم المدرسون ـ المعالجون.

دور المدرس ـ المعالج: مثير ومشبع للحاجات الأساسية عند الأطفال. وهو يأخذ بأيدى الأطفال فى حنان ويضع أرجلهم على الطريق السليم، ويبعث حياة جديدة من داخل هؤلاء الأطفال كانت ساكنة ولا تتحرك، وهو يتدخل تدخلاً مستمراً (للرعاية والإثارة).

الفنيات: يستفاد بالنشاط اليومى، واللغة، والتكرار، والأنشطة الرئيسة هى: اللعب والعمل،

(١) الزمن الذى تستغرقه مراحل العلاج النفسى التربوى لا يقاس بالساعات ولكنه يقاس بالخبرات التى يمر بها الطفل أثناء عملية العلاج. وعلى العموم فإن أقل زمن للمرحلة العلاجية الأولى مثلاً هو ساعتان على مدى خمسة أيام أسبوعياً لمدة عشرة أسابيع.

والتدريبات، والفن، والموسيقى، والأكل والشرب. وليس هناك وقت محدد لكل نشاط ولكن يحدد الاستمرار فيه رغبة الأطفال وقدرتهم.

الخبرات التربوية العلاجية: فى بيئة بسيطة ومألوفة، جذابة ومغرية، مثيرة للنشاط (الحسى) يعيش الأطفال الخبرات التربوية العلاجية، ويلمسون هناك شيئاً مثيراً ومدعماً قد أضيف إلى حياتهم. ويعمل المدرس ـ المعالج على كسب ثقة الأطفال. وبالتدريج يعرفون أن الأنماط السلوكية القديمة غير مفيدة وغير مرغوبة ومضايقة بالنسبة لهم وبالنسبة للآخرين، وهم يشعرون أنهم غير مرفوضين بسبب هذه الأنماط السلوكية القديمة، ولكنها يعاد تنظيمها وتوجيهها إلى استجابات جديدة تسرهم وتسر الآخرين.

أولاً: الهدف السلوكى: الثقة فى الجسم والمهارات(١).

(١١١) الاستجابة لمثير حسى بالانتباه لمصدره استجابة جسمية أو بالنظر إلى موضوع المثير أو الشخص (تستخدم أشياء متحركة ومثيرات سمعية وبصرية ولمسية وشمية وذوقية كعزف المدرس على آلة موسيقية).

(٢١١) الاستجابة لمثير بانتباه أطول لمصدره (الاستمرار فى الانتباه إلى الشىء أو الشخص بعد الاستجابة الأولى، كالاستمرار فى النظر والاستماع إلى الموسيقى بعد النظرة الأولى).

(٣١١) الاستجابة حركياً لمثيرات بيئية مفردة ومحددة: شىء، شخص، صوت (يستجيب الطفل استجابة حركية أو لفظية مناسبة لأمر مثل: «اعطنى الكرة»).

(٤١١) الاستجابة جسمياً لمثيرات بيئية ولفظية ومركبة (عن طريق التقليد مثل «افعل هذا»، وعن طريق توجيه لفظى، والمشاركة فى العمل مثل اللعب فى الماء بقارب صغير، ويمكن تقديم مساعدة عملية ولفظية).

(٥١١) تعلم مهارات مساعدة النفس (كالذهاب إلى دورة المياه وغسل اليدين، واللبس، مع التعبير اللفظى أو غير اللفظى عن هذه المهارات وممارستها).

(٦١١) الاستجابة المستقلة لأدوات اللعب (استجابة تلقائية).

(٧١١) الاستجابة تلقائياً فى النشاط الجماعى (كالانتقال إلى النشاط التالى المخطط بدون مثير مادى، فمثلاً إذا أعلن أن الوقت وقت اللعب، فإن الطفل يتحرك إلى الملعب تلقائياً، ويمكن استخدام تلميحات لفظية أو لمسية).

---

(١) الأرقام الموجودة بين الأقواس تشير إلى مراحل العلاج وأهدافه وإجراءاته من اليمين إلى اليسار على الترتيب. وتقرأ الأرقام رقماً رقماً من اليمين إلى اليسار.

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات لتحقيق الحاجات.

(١٢١) الانتباه لشخص يتكلم (ينظر الطفل مباشرة لمن يبدأ الحديث).

(٢٢١) الاستجابة لمثيرات لفظية بسلوك حركى (بعد طلب أو أمر، ويستجيب الطفل بالحركة أو بالإشارة أو بالاختيار).

(٣٢١) الاستجابة لمثير لفظى وشىء واحد استجابة لفظية واضحة ومناسبة (يستجيب الطفل لفظياً لأسئلة الاستفهام عن الأشياء الموجودة فى محيطه البيئى.

(٤٢١) المبادأة الاختيارية بحديث لفظى تقريبى للحصول على شىء محدد أو القيام بنشاط محدد (كما فى تسمية الأشياء التى يستخدمها أو يطلبها مثل المشروبات والمأكولات وأدوات اللعب بطريقة طفلية تقريبية مثل «أمبو» للماء).

(٥٢١) استخدام كلمات صحيحة ـ بدلاً من الكلمات الطفلية ـ للحصول على الاستجابة من الكبار (مثلاً «ماء» بدلاً من «أمبو»).

(٦٢١) استخدام كلمات صحيحة ـ بدلاً من الكلمات الطفلية ـ للحصول على الاستجابة من الأطفال الآخرين (فى أوقات اللعب مثلاً).

(٧٢١) استخدام تتابع صحيح لكلمات ذات معنى فى شكل جمل للحصول على استجابة مرغوبة من الكبار أو الأطفال فى الفصل (لا تقبل اللغة الغريبة).

ثالثاً: هدف التنشئة: الثقة فى راشد والاستجابة له.

(١٣١) الوعى بالآخرين (ينظر الطفل إلى راشد أو طفل آخر عندما يتكلم معه الراشد أو الطفل الآخر مباشرة أو عندما يلمسه للتنبيه).

(٢٣١) الانتباه إلى سلوك الآخرين (ينظر الطفل إلى راشد أو طفل آخر، كما يحدث عندما يتحرك المدرس أو يساعد طفلاً آخر).

(٣٣١) الاستجابة لراشد عندما يناديه باسمه (ينظر الطفل إلى الراشد).

(٤٣١) تقليد أفعال بسيطة مألوفة يقوم بها الكبار (كالإشارات والكلمات البسيطة مثل غسل اليدين وبناء المكعبات).

(٥٣١) القيام بألعاب منظمة منفردة (مثل بناء المكعبات والعرائس والتزحلق، وذلك بتوجيه من المدرس إذا لزم الأمر).

(١٣٦) الاستجابة لطلبات الكبار اللفظية وغير اللفظية بالذهاب إليهم (يتجه الطفل نحو الراشد وينظر إليه).

(١٣٧) الاستجابة لطلب لفظى منفرد يوجه إليه مباشرة (يتبع الطفل التوجيه اللفظى من الراشد بحركة جسمية مناسبة عندما يأمره بالجلوس أو إحضار شيء مثلاً).

(١٣٨) التعبير عن بدايات ظهور الذات معبراً عن ذلك باستخدام الضمائر الشخصية مثل: («أنا» «ملكى» أو النظر إلى نفسه فى المرآة، أو الاعجاب بعمله).

(١٣٩) الاتصال بالكبار تلقائياً (يتحرك الطفل نحو الكبار ويجلس إليهم ويلفت أنظارهم بالكلمات أو الإشارات).

رابعاً: هدف التحصيل: الاستجابة للبيئة بعمليات تصنيف وتمييز ومفاهيم لغوية وتآزر جسمى.

(١٤١) الاستجابة بمهارات حركية بسيطة فى نشاط حركى بسيط فى مستوى عامين (مثل بناء برج من ٦ـ٧ مكعبات أو قطار من ٢-٣ مكعبات).

(١٤٢) تقليد كلمات أو أفعال الكبار عندما يطلب منه ذلك (مثلاً: يقول المدرس مع السلامة ويشير بيده، والطفل يقلده).

(١٤٣) الاستجابة بالتمييز بين الأشياء البسيطة (استجابة حركية أو لفظية بتقديم أحد شيئين مختلفين عند طلبه، مثل طلب القلم وأمام الطفل قلم ومسطرة).

(١٤٤) التذكر قصير المدى للأشياء والأشخاص (مثل معرفة الأشياء والأشخاص الغائبين فى الجماعة).

(١٤٥) الاستجابة التصنيفية لأشياء متماثلة النوع مختلفة الشكل (كوضع أشكال هندسية مختلفة الشكل مثل مربع ومثلث ودائرة فى لوحة بها فراغات لهذه الأشكال).

(١٤٦) التذكر قصير المدى للتعبيرات اللفظية (مثل عبارة تتكون من ثلاث كلمات)..

(١٤٧) القيام بنشاط جسمى متآزر فى مستوى أربع سنوات (مثل ركوب دراجة بثلاث عجلات، والوقوف متوازناً على رجل واحدة).

(١٤٨) المزاوجة بين الصور المتماثلة (عندما يقدم له صوراً متماثلة ومعها صور مختلفة ويشير إلى الصور المتماثلة برسم دائرة حولها).

(١٤٩) تعرّف أسماء الألوان (مثل اختيار اللون المطلوب بين ثلاثة ألوان كالأحمر والأزرق والأصفر).

(١٠٤١) التآزر بين العين واليد فى مستوى أربع سنوات (مثل بناء كوبرى من المكعبات وعمل عقد من الخرز ورسم دائرة).

(١١٤١) تعرف أجزاء جسمه (العين واليد والقدم والأنف والركبة، بالإشارة أو اللفظ).

المرحلة الثانية: الاستجابة للبيئة بنجاح:

الوصف العام: الاستجابة للبيئة بنجاح، ويتضمن ذلك تعلم المهارات الفردية.

الأطفال: يستجيبون فعلاً: ولكن استجاباتهم ماتزال غير مؤدية إلى النجاح الذى يساعد معظم الأطفال على النمو ويشعرهم بالارتياح. والطفل قد يجرى ويصرخ ويلعب ويحطم، وهو قد يقدم أو ينسحب، وقد يتكلم كثيراً أو يصمت، وقد يتعاون أو يقاوم مقاومة سلبية.

دور المدرس ـ المعالج: مرآة يعكس لفظياً نجاح الطفل، ويوجه السلوك القديم ليؤدى إلى نجاح ملموس، حيث يتعلم الطفل كيف يتكلم وكيف يعمل وكيف يلعب بأساليب جديدة تجلب النجاح وتؤدى إلى الثقة فى النفس. ويتدخل المدرس ـ المعالج كثيراً (مادياً ولفظياً).

الفنيات: يستفاد بالنشاط اليومى، وتوجيه الأطفال إلى التزام الحدود.

الخبرات التربوية العلاجية: يعد المجال البيئى بحيث يتيح فرصة ممارسة أنشطة تؤدى إلى الثقة فى النفس والاتصال والاستكشاف والنجاح. وتستبدل استجابات الأطفال السابقة المؤدية إلى الفشل ويعاد توجيهها وتغييرها إلى استجابات جديدة وسلوك ناجح يجعل الطفل يقول «أستطيع أن أفعل... بنجاح».

أولاً: الهدف السلوكى: المشاركة فى نشاط الجماعة بنجاح.

(١١٢) استخدام أدوات اللعب على نحو ملائم، والقيام بنشاط اللعب العادى (وتشمل أدوات اللعب دمى وأدوات تمثل الحياة اليومية).

(٢١٢) الانتظار دون تدخل مادى من المدرس (مثل انتظار الطفل دوره فى الكلام أو اللعب، وقد يساعده المدرس لفظياً).

(٣١٢) المشاركة فى أنشطة مثل: وقت العمل، ووقت القصة، ووقت الشراب والطعام دون تدخل مادى من المدرس (مع تشجيع الطفل كلما شارك وأكمل النشاط إلى نهايته).

(٤١٢) المشاركة فى أنشطة مثل: وقت اللعب، ووقت الموسيقى، ووقت الفن دون التدخل المادى

من جانب المدرس (وقد يساعد المدرس لفظياً، مع تشجيع الطفل كلما شارك وأكمل النشاط إلى نهايته).

(٥١٢) المشاركة التلقائية فى النشاط اليومى ودون تدخل مادى من المدرس (يقوم الطفل ببعض المبادأة فى النشاط الجماعى، وقد يساعده المدرس لفظياً).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتأثير فى الآخرين بنجاح.

(١٢٢) الاستجابة لطلبات الآخرين بكلمات معروفة ذات معنى (مثل إجابة طلب طفل أو راشد).

(٢٢٢) استخدام عدد من المفردات اللغوية يناسب العمر الزمنى (ويجب التأكد من أن الطفل يفهم لغة الكلام حتى إذا كان كلامه هو معوقاً بعض الشىء).

(٣٢٢) التعبير لفظياً لوصف الانفعالات المشاهدة فى الصور كالسرور والحزن والخوف والغضب (بالإشارة أو الكلمة).

(٤٢٢) استخدام تتابع كلمات بسيط لطلب أو رجاء من طفل أو راشد آخر بطريقة مقبولة اجتماعياً فى الفصل (يجب أن يكون الأسلوب مألوفاً).

(٥٢٢) استخدام كلمات لتبادل معلومات بسيطة مع راشد (يبدأ الطفل المحادثة).

(٦٢٢) استخدام كلمات لتبادل معلومات بسيطة مع طفل آخر (مطلوب التلقائية).

ثالثاً: هدف التنشئة: المشاركة فى الأنشطة الجماعية بنجاح.

(١٣٢) المشاركة التلقائية فى أنشطة محدودة موازية مع طفل آخر. مستخدما مواد مماثلة دون تفاعل معه (مثلاً: يلعب بسيارة بينما زميله يلعب بطائرة).

(٢٣٢) المبادأة بحركات مناسبة نحو طفل آخر فى إطار نشاط الطفل (يبدأ الطفل من خلال الإشارة والعمل - تفاعلاً اجتماعياً مناسباً مع طفل آخر، مثل الاشتراك معه فى اللعب).

(٣٣٢) المشاركة فى نشاط اجتماعى مع توجيه لفظى (يعطى الطفل أدوات أو لعب لطفل آخر).

(٤٣٢) المشاركة فى أنشطة تعاونية أو مشروعات مع طفل آخر أثناء وقت اللعب، داخل أو خارج الفصل (يشترك الطفل بنشاط مع طفل آخر، كما يحدث فى حفل شاى مثلاً، ويمكن تقديم المساعدة اللفظية أو اللمسية).

(٥٣٢) المشاركة فى أنشطة تعاونية أو مشروعات مع طفل آخر أثناء أنشطة داخل الفصل (يشترك الطفل بنشاط مع الآخرين، كما يحدث فى تمثيل دور معين ورفاقه يتابعونه، ويمكن تقديم مساعدة لفظية أو لمسية).

رابعاً: هدف التحصيل: تحصيل مفاهيم لغوية عن التشابه والاختلاف، والاستعمالات، والألوان، والعمليات الحسابية، والتصنيف، والتآزر الجسمى.

(١٤٢) معرفة استعمالات الأشياء وأدوات اللعب (مثل الكرة والعرائس).

(٢٤٢) تعرف التفاصيل فى الصور بالإشارة أو الكلمات (عندما يطلب إليه تحديد ذلك).

(٣٤٢) العد من الذاكرة حتى ١٠ (ذكر الأرقام).

(٤٤٢) عد أشياء واحداً واحداً حتى ٥ (تستخدم مكعبات مثلاً).

(٥٤٢) تسمية الألوان: أسود، بنفسجى، برتقالى، أخضر (يختار الطفل اللون عندما يذكر له، ويطلب منه تسمية ألوان أشياء أورسوم تقدم له).

(٦٤٢) عد أشياء واحداً واحداً حتى ١٠ (تستخدم مكعبات مثلاً).

(٧٤٢) التآزر بين العين واليد فى مستوى خمس سنوات (مثل رسم إنسان ورسم مربع ومثلث).

(٨٤٢) تعرف الفروق بين الأشكال، والرموز والأرقام (تقدم أشكال ورموز أرقام على لوحات فى شكل مجموعات بين كل منها واحد مختلف يطلب تعرفه).

(٩٤٢) تصنيف فقرات مختلفة ولكن بينها خصائص عامة مشتركة إلى أنماط (مثل تصنيف عدد من الصور إلى إنسان وحيوان).

(١٠٤٢) كتابة الاسم الأول دون مساعدة (يقدم له نموذج مكتوب لتقليده).

(١١٤٢) تمييز المفاهيم المتناقضة (تستخدم صور ويطلب التمييز بين: أعلى وأسفل وتحت وفوق، وصغير وكبير، وحار وبارد، وأول وآخر).

(١٢٤٢) القيام بنشاط جسمى متآزر فى مستوى خمس سنوات (مثل القفز بتبادل الأقدام).

(١٣٤٢) تعرف مجموعات من الأشياء يصل عددها إلى ٥ ((تستخدم بطاقات عليها نقط ويسأل عن عددها).

(١٤٤٢) الاستماع إلى القصص (يقرؤها أو يحكيها المدرس ويسمعها الطفل ويتابعها).

المرحلة الثالثة: تعلم المهارات الجماعية:

الوصف العام: تعلم المهارات الجماعية، ويتضمن ذلك تطبيق المهارات الفردية فى المواقف الجماعية.

الأطفال: يبدون سلوكاً أكثر قبولاً عن ذى قبل، ولكنه مازال أكثر عدوانية وثورة من أى مرحلة أخرى من مراحل العلاج. وهم يخدعون معظم الناس بخجلهم وحيائهم. وهم يبدون بالنسبة للوالدين والمدرسين والمعارف نموذجاً متناقضاً يجمع بين الخير والشر والحسن والسيء. وهم يضعون القواعد ثم يطلبون أن يستثنوا من مسايرتها، وهم يرفضون أن يحدثوا الكبار عن مشكلاتهم ويحدثوا رفاقهم عنها، وهذا يلاحظ فى المنزل وفى فصل العلاج النفسى التربوى على حد سواء.

دور المدرس - المعالج: مرآة يعكس المشاعر والتقدم، ومشجع، ومحدد للحدود، ويبذل كل وقته وجهده بإخلاص، حيث يلاحظ أن الأطفال فى هذه المرحلة يحتاجون وهم يتعلمون المهارات الاجتماعية إلى حساسية وصبر، وهو يتدخل لفظياً بتكرار.

الأطفال: إيضاح المشاعر، والمحافظة على التماسك.

الخبرات التربوية العلاجية: فى إطار خبرات من الحياة اليومية يكون التركيز على الجماعة والمشاركة الجماعية ونتاج السلوك. وتتاح الفرصة للأطفال الذين يجاهدون من أجل التوافق فى مجتمع يتكون من جماعات لها قواعد. إنهم ينتمون إلى عالمهم الخارجى فى المجتمع، كما ينتمون إلى الجماعة العلاجية. وهذا يجعل التركيز فى هذه المرحلة على الجماعات والتوقعات.

أولاً: الهدف السلوكى: تطبيق المهارات الفردية فى العمليات الجماعية.

(١١٣) تذكر قواعد الجماعة وإجراءاتها لفظياً (مثل قواعد المباريات والحديث).

(٢١٣) الإسهام فى تحقيق توقعات الجماعة وعملياتها سلوكياً (مثل تحديد ما يجب عمله فى المناقشات).

(٣١٣) تحديد العواقب إذا لم تتحقق توقعات الجماعة (مثل تحديد عواقب السلوك الجماعى الخاطىء فى مواقف متعددة).

(٤١٣) إعطاء أسباب بسيطة لتوقعات الجماعة (مثل معرفة أسباب الثواب والعقاب عند مسايرة أو مغايرة القواعد الجماعية، ويمكن استخدام تلميحات لفظية عند مسايرة أو مغايرة القواعد الجماعية، ويمكن استخدام تلميحات لفظية من المدرس).

(٥١٣) تحديد طرق أكثر ملاءمة للسلوك فى مواقف محددة (مثل تحديد بدائل سلوكية فى المواقف الاجتماعية عن طريق أسئلة ومناقشات جماعية).

(٦١٣) الامتناع عن السلوك غير الملائم، وعن كسر قواعد الجماعة إذا قام بذلك الآخرون (مثل الامتناع عن الاشتراك فى السباب أو الشجار، مع مساعدة لفظية من المدرس).

(٧١٣) التمكن من ضبط النفس ومسايرة عمليات الجماعة (مثل المشاركة فى الأنشطة الجماعية للفصل حسب القواعد، مع مساعدة من المدرس).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتعبير عن النفس فى المواقف الجماعية.

(١٢٣) تقبل الثناء والنجاح بسلوك ملائم وضبط النفس (مع الاستمرار فى السلوك الناجح).

(٢٢٣) استخدام كلمات مناسبة تلقائية لوصف أفكاره، ونشاطه، وعمله، أو ذاته، (لراشد أو طفل آخر).

(٣٢٣) استخدام كلمات أو إشارات مناسبة لإظهار الفخر بعمله ونشاطه، أو ذكر عبارات موجبة عن نفسه (عندما ينجح فى إنجاز عمل فى اللعب أو الرسم مثلاً).

(٤٢٣) استخدام كلمات أو إشارات مناسبة لإظهار المشاعر تجاه البيئة والأدوات والناس والحيوانات (يستخدم المدرس أنشطة الفصل الدراسى لاستثارة الاستجابة).

ثالثاً: هدف التنشئة الحصول على الرضا فى النشاط الاجتماعى.

(١٣٣) القيام بدوره دون تذكرة لفظية من جانب المدرس (أثناء المباريات مثلاً).

(٢٣٣) المشاركة فى الأدوات والأنشطة (مثل إعطاء بعض الألوان لرفاقه عند طلبها أثناء الرسم، مع أقل قدر من التذكرة اللفظية من جانب المدرس).

(٣٣٣) اقتراح أنشطة واختيار أدوات لعب ليقوم بها أعضاء الجماعة مع عرض الاقتراح أو الاختيار على المدرس (مثل اقتراح استخدام أدوات الموسيقى بدلاً من الغناء).

(٤٣٣) المشاركة بطريقة مناسبة فى الأنشطة التى يقترحها الأطفال الآخرون (كما فى أنشطة وقت اللعب).

(٥٣٣) إظهار الصداقة بتفضيل طفل معين أو أطفال معينين (ويظهر ذلك فى الجلوس كثيراً بجواره أو اللعب معه).

(٦٣٣) تعرف خصائص الآخرين ووصفها (مثل الفروق فى اللون والشعر والحجم والطول).

رابعاً: هدف التحصيل: تحصيل مفاهيم لغوية معبرة، والتعبير عن الخبرات بالرموز والمفاهيم، ومعرفة مفاهيم وظيفية محددة لحماية الجسم، والتآزر الحركى.

(١٤٣) تعرف مجموعات من الأشياء يصل عددها إلى ١٠ (يستخدم بطاقات عليها نقط ويسأل عن عددها دون عدد النقط، ويمكن استخدام ورق اللعب أوالدومينو).

(٢٤٣) الانتباه متجهاً من اليمين إلى اليسار فى الأداء البصرى الحركى (مثل النظر فى كتاب صور، بادئاً بالصفحة اليمنى ثم اليسرى، وترتيب صور تدل على النمو أو قصة بادئاً من اليمين إلى اليسار).

(٣٤٣) تعرف أسماء الألوان المكتوبة (أحمر، أزرق، أصفر).

(٤٤٣) تعرف الكلمات المكتوبة (اسمه، كرسى، قلم).

(٥٤٣) تعرف الأعداد وكتابتها من ١ ـ ١٠ (مثلاً العدد ١ = واحد، وعدد الأشياء وكتابة عددها).

(٦٤٣) كتابة اسمه واسم عائلته والتاريخ (ينقلها من نموذج مكتوب له).

(٧٤٣) التآزر بين العين واليد فى مستوى ست سنوات (مثل رسم إنسان له ذراعان ورجلان وملابس، وربط الحذاء).

(٨٤٣) القيام بنشاط جسمى متآزر فى مستوى ست سنوات (مثل رمى ومسك الكرة والمشى إلى الخلف والتصفير المنتظم).

(٩٤٣) تعرف الأعداد وكتابتها من ١١ ـ ٢٠ (مثلاً العدد ١٥ = خمسة عشر، وعد الأشياء وكتابة عددها).

(١٠٤٣) كتابة الحروف الهجائية أو كلمات بسيطة (مع استخدام أو عدم استخدام نموذج).

(١١٤٣) القيام بعمليات حسابية بسيطة فى الجمع والطرح حتى رقم ١٠ (نسبة نجاح ٩٠٪).

(١٢٤٣) استخدام مفاهيم رقمية مثل الأول والخامس والأخير (فى صور أشخاص).

(١٣٤٣) الاستماع إلى قصة والاستجابة بإجابات مناسبة إلى أسئلة (لفظياً أو بالإشارة كالموافقة أو الضحك فى مواقف مناسبة).

(١٤٤٣) قراءة كلمات بسيطة أساسية فى جمل (١٠٠ كلمة فى مستوى الصف الأول الابتدائى بنسبة نجاح ٩٠٪).

(١٥٤٣) القيام بعمليات حسابية بسيطة فى الجمع والطرح حتى رقم ٢٠ (دون حمل ودون استلاف وبنسبة نجاح ٩٠٪).

(١٦٤٣) كتابة كلمات أساسية من الذاكرة أو إملاء (٣٠ كلمة بنسبة ٩٠٪).

(١٧٤٣) المشاركة فى نشاط جماعى لحكاية قصص من الخبرة (مملياً المدرس أو مرتباً صوراً).

المرحلة الرابعة: المشاركة فى العمليات الجماعية:

الوصف العام: المشاركة فى العمليات الجماعية، ويتضمن ذلك تحقيق الرضا، وتقدير الجماعة. وهذه المرحلة مهمة ومثيرة بالنسبة لكل من الأطفال والمدرسين ـ المعالجين.

الأطفال: يكونون كجماعة أكثر تماسكاً، يخططون ويجهزون، ويقومون بأنشطة بناءة ومثيرة ويبذلون جهدهم للتفاهم مع الآخرين من الجماعات الأخرى.

دور المدرس ـ المعالج: مرآة يعكس الواقع والنجاح، ويقوم بدور مرشد وقائد الجماعة ويبذل جهده لكى يستمر التأثير الفعال لخبرات هذه المرحلة، ويندمج أكثر مع الجماعة ويضع نصب عينه تحقيق أهداف البرنامج، وهو يتدخل تدخلاً متقطعاً ليقرب الحياة الواقعية.

الفنيات: أهمها المناقشات الجماعية لحل المشكلات، والتخطيط الجماعى. وعموماً يخف فى هذه المرحلة استعمال الفنيات المتخصصة نسبياً، ويكون التركيز الرئيس على خبرات الأطفال واندماجهم المتزايد فى المدرسة ومع الأسرة والمجتمع الخارجى.

الخبرات التربوية العلاجية: تتاح خبرات تقرب الحياة اليومية مع التوقعات العادية، مع التأكيد على خبرات التعلم، وتقريب إيضاح الواقع، ولعب الأدوار، وتيسير رحلات ميدانية فى جو مرح، مع إتاحة فرصة التخطيط الذى يقوم به الأطفال. ويكون العمل مع الأطفال فى هذه المرحلة ساراً، فهم يكونون أعضاء مشاركين نشيطين فى الجماعة بعد أن يكونوا قد نجحوا فى خبراتهم فى المراحل السابقة. ويكونون على استعداد للتمسك بالقواعد التى وضعتها الجماعة لأنهم يعرفون المنطق وراءها ويعرفون نتائج مخالفة هذه القواعد.

أولاً: الهدف السلوكى: المشاركة الفردية فى نشاط الجماعة لإنجاحه.

(١١٤) الاستجابة بأسلوب ملائم للاختيار لدور القيادة فى الجماعة (عندما يختار كقائد وعندما لا يختار كقائد، فى لعبة مثلاً).

(٢١٤) المشاركة التلقائية فى أنشطة جديدة كانت تتجنب من قبل (مثل تسجيل الصوت فى مسجل، دون تدخل المدرس).

(٣١٤) القيام بسلوك ملائم بديل تجاه الآخرين (مثلاً فى حالة التشاجر يبتعد عنه ويخبر المدرس).

(٤١٤) التعبير لفظياً عن السبب والنتيجة والعلاقة بين المشاعر والسلوك، بين الجماعة وبين الأفراد (كما فى حل المشكلات جماعياً).

(٥١٤) الاستجابة للإثارة والإغاظة لفظياً مع ضبط النفس جسمياً (كما فى المشادات وقت اللعب أو وقت العمل مع الاستمرار فى اللعب أو العمل، مع مساعدة لفظية من المدرس).

(٦١٤) الاستجابة لاقتراحات خاصة بخبرة واقعية جديدة أو التغيير مع ضبط النفس لفظياً وجسمياً (مثل اقتراح الانضمام إلى نشاط معين بدلاً من نشاط آخر، والاقتراحات يمكن أن يقدمها المدرس أو طفل آخر).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات للتعبير عن الوعى بالعلاقات بين المشاعر والسلوك الفردى والجماعى.

(١٢٤) تعرف مشاعر الآخرين لفظياً: الفرح والحزن والغضب والخوف (إما تلقائياً أو كاستجابة لأسئلة).

(٢٢٤) تعرف مشاعر نفسه: الفرح والحزن والغضب والخوف (بالإشارة أو لفظياً).

(٣٢٤) استخدام كلمات لمدح الآخرين ومساعدتهم (أثناء اللعب أو النشاط اليومى).

(٤٢٤) التعبير عملياً عن الخبرات والمشاعر من خلال الفن، والموسيقى، والتمثيل (مثل التعبير عن مشاهدات رحلة بالرسم).

(٥٢٤) استخدام كلمات تعبر عن مشاعره الخاصة تلقائياً وبوضوح (أثناء المباريات مثلاً).

(٦٢٤) استخدام كلمات تعبر بوضوح عن وعيه بمشاعر الآخرين (الرفاق والراشدين).

(٧٢٤) التعبير عن خبرات ومشاعر الحياة الواقعية عن طريق القص أو الفن أو التمثيل أو الموسيقى مع التعبير اللفظى المصاحب (مثل قص خبراته الواقعية للرفاق).

ثالثاً: هدف التنشئة: التلقائية الناجحة كعضو فى الجماعة.

(١٣٤) اقتراح نشاط اجتماعى ينصب على جماعة الرفاق مباشرة (مثل اقتراح لعبة أو تمثيلية، دون مشاركة المدرس).

(٢٣٤) التعبير لفظياً عما يفضله بين زملائه فى الجماعة بتحديد الخصائص الشخصية (مثل خصائص التفوق).

(٣٣٤) المساعدة المادية أو اللفظية لطفل آخر فى ورطة، ومساندة الآخرين (كما يحدث فى حالة تعثر أحد الرفاق فى أداء عمل معين).

(٤٣٤) المشاركة فى تخطيط نشاط الجماعة وفى حل المشكلات (مثل تحديد مكان قضاء رحلة واقتراح التصويت على ذلك، دون تدخل المدرس أو بأقل تدخل ممكن).

رابعاً: هدف التحصيل: استخدام العلامات والرموز بنجاح فى العمل المدرسى وفي الخبرات الجماعية.

(١٤٤) كتابة الاسم بالكامل، والعنوان والتاريخ (من الذاكرة).

(٢٤٤) قراءة وكتابة مفردات أساسية فى جمل كاملة (تلقائياً)

(٣٤٤) قراءة وكتابة كلمات كمية تعبر عن المسافة، والزمن، والنقود، والكسور (تلقائياً)

(٤٤٤) المساهمة فى مشروعات الجماعة التى تتطلب مهارة فى التعبير (مثل الاشتراك مع الرفاق فى قص قصة أو القيام بدور فى تمثيلية).

(٥٤٤) كتابة قصة عن خبرة فردية شخصية (يكتب الطفل مع مساعدة المدرس له فى الكلمات الصعبة).

المرحلة الخامسة: تطبيق المهارات الفردية والجماعية فى مواقف جديدة:

الوصف العام: تطبيق المهارات الفردية والجماعية فى مواقف جديدة، ويتضمن ذلك التعميم والتقييم.

الأطفال: يصلون إلى مستوى من النمو يسمح بتطبيق ما تعلموه من مهارات فردية وجماعية فى مواقف جديدة تمهيداً لتعميمها فى مواقف فى الحياة الواقعية.

دور المدرس - المعالج: مدرس ومرشد ومعالج. ويكون تدخله فى هذه المرحلة قليلاً وغير مباشر.

الفنيات: إيضاح الواقع والعلاقات بين المشاعر والسلوك ونتائجه. وإظهار القيمة الإثابية للسلوك الاجتماعى والانفعالى الناجح حين تستخدم المهارات الاجتماعية المتعلمة وحين ينتج عنها مشاركة ناجحة فى العمليات الجماعية.

الخبرات التربوية العلاجية: تتاح مواقف طفولة عادية ومحادثات عن خبرات الحياة الواقعية مع المساعدة فى مواقف حل المشكلات. وتكوين المهارات مستقبلاً وتكون نماذج الخبرات والمواقف متدرجة من مواقف فى الفصل ومواقف فى المدرسة إلى مواقف فى المجتمع الخارجى.

أولاً: الهدف السلوكى: الاستجابة لخبرات الحياة الحرجة بسلوك توافقى بناء.

(١١٥) الاستجابة لخبرات تفاعلية وموقفية حرجة مع اقتراحات بناءة للتغير (كما يحدث فى حالات سلوك حل المشكلات).

ثانياً: هدف الاتصال: استخدام كلمات لتكوين وتدعيم العلاقات الاجتماعية.

(١٢٥) استخدام كلمات لبدء علاقات إيجابية مع الآخرين والاستمرار فيها (مع الرفاق ومع الراشدين).

ثالثاً: هدف التنشئة: المبادأة وتكوين علاقات اجتماعية فعالة مستقبلاً.

(١٣٥) المبادأة فى العلاقات الشخصية والاجتماعية الفعالة والمحافظة عليها (دون تدخل المدرس).

رابعاً: هدف التحصيل: استخدام العلامات والرموز بنجاح فى الخبرات المدرسية والسلوك الشخصى.

(١٤٥) الكتابة لتوصيل معلومات للآخرين (الرفاق أو المدرس).

(٢٤٥) القراءة للمتعة الشخصية ولتحصيل معلومات شخصية (يختار الطفل ما يقرؤه).

(٣٤٥) التعبير عن المشاعر والاتجاهات (نثراً أو غناء أو شعراً، مع الكتابة).

(٤٤٥) القراءة للحصول على معلومات عن مشاعر وسلوك الآخرين للنمو الشخصى.

تقييم فعالية العلاج النفسى التربوى:

يجب أن يتم تقييم موضوعى لفعالية العلاج النفسى التربوى وبرنامجه بالنسبة لكل طفل على حدة.

ويمكن تحديد مدى فعالية العلاج ومدى استفادة الأطفال المضطربين منه بطرق منها:

* أسلوب نظرى: وذلك بمقارنة المفاهيم النظرية لطريقة العلاج النفسى التربوى بالمفاهيم النظرية لطرق العلاج المعروفة والموثوق بها.

* أسلوب عملى: وذلك بتقييم المنهج العلاجى بعد استخدامه باستعمال دليل كإطار مرجعى يتضمن تحديد أهداف المنهج العلاجى الرئيس وإجراءاتها الموضوعة فى شكل جزئيات سلوكية محددة ويمكن قياسها. فمثلاً هدف المرحلة الأولى للعلاج النفسى التربوى هو: الاستجابة للبيئة بسرور، وهذا يمكن تحقيقه بتحقيق أهداف سلوكية وأهداف تنشئة وأهداف

تحصيل محددة ومفصلة فى شكل إجراءات سلوكية معينة. وهكذا بالنسبة لباقى الأهداف (انظر مراحل العلاج النفسى التربوى وأهدافه وإجراءاته).

تعليق:

وهكذا نجد أن طريقة العلاج النفسى التربوى تتميز بما يلى:

- تجمع بين أسلوب علم النفس والتربية.
- تيسر للطفل المضطرب انفعالياً وسلوكياً خبرات نمو عادية.
- تستخدم التغيرات العادية فى النمو كوسيلة وإطار علاجى.
- تستخدم منهجاً علاجياً محدد الأهداف مرن الإجراءات.
- تستخدم عملية تقييم مستمرة مندمجة مع المنهج العلاجى.

وتحتاج طريقة العلاج النفسى التربوى إلى مزيد من الجهد لتطويرها، بحيث تغطى أكبر عدد ممكن من مشكلات السلوك فى الطفولة مع تحديد وتخصيص مشكلات واضطرابات معينة بدلاً من الشمولية والعمومية التى هى عليها الآن. كذلك فإن طريقة تقييم فعالية العلاج النفسى التربوى يجب أن تشمل ضمن ما تشمل سرعة تقدم الطفل فى تحقيق الأهداف المحددة، والهدف العام، وهو التوافق والصحة النفسية للطفل. وحبذا لو جربت طريقة العلاج النفسى التربوى مع المراهقين. والباب مفتوح أمام الدراسات والبحوث العلمية.

المراجع

- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٦). التوجيه والإرشاد النفسى. القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧). الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- حامد عبدالسلام زهران (١٩٧٧ أ). علم نفس النمو: الطفولة والمرهقة (ط٤). القاهرة: عالم الكتب.
- دحام الكيال (١٩٧٣). الصحة النفسية والنمو. بغداد: مطبعة دار السلام.
- صموئيل مغاريوس (١٩٧٣). الصحة النفسية والعمل المدرسى. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- وول و.د. (ترجمة) إبراهيم حافظ (د.ت.) التربية والصحة النفسية. القاهرة: دار الهلال.

- **Bachrach, J. N. (1978).** The effects of developmental therapy on emotionally disturbed males varying in race and socioeconomic status. Dissertation Abstracts International, 38, 7 (A), 4086-4087.
- **Blank, M. & Solomon, F. (1969).** How shall the disadvantaged child be taught. Child Development, 40, 47-61.
- **Dinkmeyer, D. (1966).** Developmental counseling in the elementary school. Personnel & Guidance J., 45, 262-266.
- **Lieberman, D. A. (Ed). (1974).** Learning and the Control of Beahavior. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- **Little, W. & Chapman, A.L. (1955).** Developmental Guidance in the Secondary School. New York: McGraw-Hill.
- **Taylor, H.J.F. (1971).** School Counselling. London: Macmillan.
- **Wood, Mary M. (Ed) (1975).** Developmental Therapy: A Textbook for Teachers for Emotionally Disturbed Young Children. Baltimore: University Park Press.

[١٧] العلاج بالموسيقى

«دراسة استطلاعية، ودعوة للبحث والتطبيق»(*)

مقدمة:

هذا البحث يعتبر «طقطوقة بحثية»، أو بلغة علمية «دراسة استطلاعية».

يتحدث الكتاب والدارسون والباحثون عن:

العلاج بالموسيقى.Music therapy OR Musical therapy OR Musicotherapy

الموسيقى كعامل علاجى Music as a therapeutic agent

الموسيقى العلاجية الطبية Iatromusic

الموسيقى العلاجية Curative music OR Therapeutic music

استخدام الموسيقى فى علاج المرضىThe use of music in the treatment of the sick

فن الموسيقى كعلاج The art of music as therapy

(شيبكوفينكسىSchipkowensky ، ١٩٧٧).

والعلاج بالموسيقى هو تعامل موسيقى مع المريض بهدف علاجى وهو حل المشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول إلى حالة التوافق والصحة النفسية.

ومن بين أهداف العلاج بالموسيقى تحسين السلوك الاجتماعى ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة.

ويقوم بعملية العلاج، المعالج الموسيقى المتخصص Music Therapy Clinician الذى يجمع بين علم النفس والموسيقى (كريتشلى وهينسون Critchley & Henson ، ١٩٧٧).

والعلاج بالموسيقى أحد مجالات العلاج بالفن Art Therapy وهو أشيعها وأكثرها استخداما لأنه أيسرها وأكثرها اقتصادا فى الوقت والجهد (كارل سيشورSeashore ، ١٩٦٧،

(*)مجلة دراسات تربوية، جزء ٣ (يونيو ١٩٨٦) ص ٥٣ ـ ١٠٧.

الباحث أستاذ الصحة النفسية ـ كلية التربية ـ جامعة عين شمس، وحاصل على دبلوم معهد الموسيقى العربية.

ثـاير جاستون Gaston، ١٩٦٨، جـاى روثاى Rothary، د. ت. روزا مـوند شوتر ـ دايسـون وكليف جبريل Shuter- Dyson & Gabriel، ١٩٨١، ديانا دويتش Deutsch، ١٩٨٢).

هدف البحث:

تهدف الدراسة الاستطلاعية الحالية (المرحلة الأولي) إلى: بلورة إطارنظرى عن أسس العلاج بالموسيقى، وتقديم إطار مرجعى لعملية العـلاج بالموسيقى، واستطلاع رأى الموسيقيين بخصوص إمكانيـة استخـدام الموسيقـى (المحلية والعالميـة) فى العلاج النفسى فى بيئـتنا العربيـة ، وتحديد المقطوعات الموسيقية المهدئة والمنشطة التى تصلح لذلك.

تهـدف الدراسـة الميـدانيـة التالـية ـ إن شـاء الله ـ (المرحلة الثـانيـة) إلى : تجـريب عـدد من المقطوعات الموسيقـية المهدئة والمنشطة، وإعداد برنامج للعلاج بالموسيقى، ودراسـة آثاره العلاجية على عينة من المرضى النفسيين.

أسس العلاج بالموسيقى:

يقوم العلاج بالموسيقى على أسس راسخة أهمـها أن الموسيقى علم وفن وعلاج . والموسيقى تنتمى إلى ميدان العلم، وإبداع الفن، وتؤثر فى الحالة النفسية والجسمية حيث ينتظم إيقاع الحركة داخل الجسم بواسطـة موجات الموسـيقى عن طريق إحداث الاسـترخاء أو النشـاط المفيـد للحالة المرضية، وعن طريق إحداث نسـبة معينة من التوافق بين التنفس وسرعة النبض والحـالة الانفعالية بصفة خاصة والحالة النفسية بصفة عامة.

والموسيقى ـ كلغـة شائعة ذات إمكانات تعبيريـة واسعة وكبيرة ـ بعناصـرها الرئيسة ـ اللحن والهارمونيـة والإيقاع ـ تروق للجميع وتناسب كل إنسان رجـلا كان أو امرأة، صغيرا أو كـبيرا، غنيا أو فقيرا (ضياء أبو الحب. ١٩٧٠).

والموسيـقى خبرة عـالمية بمعنى أن الجمـيع يشارك فيهـا، وتعبر عن كل أبعـاد الخبرة البـشرية. والموسيقى عالم لكل فرد خبراته فيه سواء كان مؤلفا أو عازفا أو مستمعا أو معالجا... إلخ.

وهكذا يقـوم العـلاج بالموسـيقى على أسـاس أنهـا تؤثر فى السلوك بوجـه عـام ،ولهـا أثر فسيولوجى وأثر اجتماعى وأثر عقلى وأثر تربوى.

الموسيقى وأثرها فى السلوك (بوجه عام):

دأب العلماء فى مجال علم النفس الموسيقى Psychomusicology على دراسة أثر الموسيقى فى السلوك الإنسانى.

وهناك علاقة وثيقة بين المثير الموسيقى والاستجابة الناتجة التى تثيرها فى المستمع. وللموسيقى خصائصها الإيقاعية التى نستجيب لها بأسماعنا وبكل حركات أجسامنا وخفقات قلوبنا وخيالنا.

وتستثير الموسيقى استجابات لدى المستمعين، تتجلى فى شكل تغيرات ظاهرية فى السلوك، فمن المستمعين من يظل ساكنا بلا حراك، ومنهم من يتحرك فى شكل هوس.

وللموسيقى أثر يختلف باختلاف السن والجنس، فأثرها على الأطفال يختلف عنه لدى الشباب وعنه لدى الشيوخ. ويختلف لدى الذكور عنه لدى الإناث، وهى على العموم تصاحب الإنسان من المهد (موسيقى المهد) إلى اللحد (الموسيقى الجنائزية). وهناك تأثير يختلف حسب نوع الموسيقى إذا كانت عسكرية أو دينية أو راقصة أو تصويرية... إلخ، حيث يختلف تأثير الإيقاع والتآلف واللحن. كذلك تؤثر الثقافة الموسيقية والتعليم الموسيقى وعادات السمع الموسيقى والتذوق الموسيقى.

والتفاعل مع الموسيقى يكون عن طريق السمع والإحساس السمعى والمعنى العقلى والإدراك الموسيقى والتجاوب الانفعالى إلى درجة التوحد مع اللحن. ومن هنا تبدو الفروق الفردية فى التذوق الموسيقى (كريتشلى وهينسون Gritchley & Henson، ١٩٧٧).

وقد استخدم الإنسان الموسيقى منذ وقت طويل لتساعده فى العلم كما فى التربية والتعليم، وفى العمل كما فى التركيز والتعاون، وفى اللهو كما فى الغناء والرقص، وحتى فى الحرب والعبادة.

والموسيقى سلاح ذو حدين: فالموسيقى السارة تشرح الصدر، بينما الموسيقى الحزينة قد تؤدى إلى مزيد من الحزن. وإذا قيل إن الموسيقى تطرد الشيطان فهى فى نفس الوقت قد تدعوه فى الحفلات الصاخبة.

ويلاحظ أن الموسيقى تؤثر فى سلوك الكائنات غير البشرية. ويلاحظ أن قوتها تروض الوحوش المفترسة كما فى السيرك. ونحن نعرف أثر الموسيقى على الخيل، وأثر الموسيقى الهندية على الثعابين.

الموسيقى وأثرها الفسيولوجى:

الموسيقى لها أساس فسيولوجى ولها أثر فسيولوجى.

ويقوم الجهاز العصبى بصفة خاصة وأجهزة الجسم المختلفة بصفة عامة بدور هام هنا. ويذهب البعض إلى أن فى جسم الإنسان توجد مصادر للموسيقى فى النبض وفى التنفس، ربما لها تأثير،

حتى وإن كانت موجات الصوت الصادرة عنها غير مسموعة، ولكنها موجودة بدليل أننا نسمعها بالسماعة الطبية. وهذه الموجات الصوتية الصادرة من أجهزة الجسم متناغمة. وتختلف درجة التناغم بين الأفراد، وتختلف فى الفرد الواحد من وقت لآخر، حسب صحته وحيويته وحالته الانفعالية. ولذلك نتوقع عدم الاستمرارية فى قدرة الجسم الإرسالية للصوت أو الموسيقى وفى قدرته الاستقبالية للصوت أو للموسيقى. والذى يسمع نبض فرد يغنى بصوت مرتفع، يجد أن النبض يستجيب لقوة الصوت. والذى يستمع أداء مغن حنجرته ملتهبة أو أحباله الصوتية ملتهبة أو صدره أو قلبه مريض أو صحته ضعيفة، يجد أن صوته ضعيف منخفض . واسمع قلب المحب حين يرى محبوبه، أو يسمع ما يذكره به من موسيقى أو غناء. وبالمثل إذا تأثرت الآلة الموسيقية بطرق أو خدش أو تشويه، تأثر الصوت الصادر عنها فيكون أشبه بصوت المريض المتعب «يئن».

والموسيقى ـ كفن انفعالى ـ لها تأثير فسيولوجى حيث تتأثر وظائف أعضاء الجسم بالاستماع إلى الموسيقى، مثل الخبط بالرجل أو تحريك اليد أو الرأس وتغير النبض والضغط وسرعة التنفس. وتؤثر تآلفات الصوت «الموسيقى» فى الإنسان بكل كيانه وكل أجهزته (الجهاز العصبى والحسى والدورى والتنفسى والهضمى)، كما أنها تؤثر فى تأخير التعب العضلى والعقلى.

وهناك تأثير فسيولوجى ميكانيكى للموسيقى، فهى صوت منغم إيقاعى يحدث ذبذبات فى الهواء، عبارة عن موجات صوتية يصل إلى الأذن ويؤثر فى طبلتها ويؤثر فى العصب السمعى، الذى يحمل الرسالة الصوتية إلى المراكز العصبية فى المخ، فتجعل الفرد يدرك الصوت الإيقاعى المنغم ويستمتع باللذة الحسية. والجهاز العصبى له خاصية حفظ وتخزين الأنغام واستدعائها. والموسيقى تؤثر فى موجات المخ الكهربائية. ومن الملاحظ أن الأم تغنى برفق وهدوء وبطء لطفلها الصغير. وهذا يؤثر على جهازه العصبى فيسترخى ويهدأ أو ينام. كذلك فإن الموسيقى السريعة Allegro و Presto العالية القصيرة الصاخبة تؤثر مباشرة على الأعصاب.

والخبرة الموسيقية بطبيعتها خبرة حسية إدراكية تتدرج من الإحساس البسيط والإدراك البسيط وبالتالى إلى الاستجابة البسيطة، إلى أعلى مستوى من الإحساس والإدراك والاستجابة (التذوق والتعقل والتأمل) (وليام سيرز Sears ، ١٩٦٨).

ومما يؤكد الأثر الفسيولوجى للموسيقى، أن من النظريات المعروفة فى علم النفس الموسيقى «نظرية النبض» Pulse Theory والتى من مقولاتها إنه إذاكانت الذبذبات مقياس التقدم فى الخط اللحنى متطابقة مع ايقاعات نبضات قلب المستمع، فإن الموسيقى تكون مناسبة له ولا تسبب أى تهيج أو انزعاج أو إثارة. أما إذا انحرف الإيقاع الموسيقى عن الإيقاع السوى لنبضات قلب

المستمع زيادة أو نقصانا، فإننا نجد أنه إذا كان تعاقب اللحن بوحدات مقياس الذبذبات أبطأ من نبضات القلب، فإنه يثير فى الفرد ذكريات هادئة وقاتمة وحزينة ويائسة، وإذا كانت الوحدات الإيقاعية للحن مسرعة بالنسبة لنبضات القلب فإنها تثير فى الفرد المرح والطرب والنشاط.

الموسيقى وأثرها الانفعالى:

الموسيقى خبرة انفعالية تتنوع فى محتواها بتنوع الانفعالات الإنسانية نفسها (نوردوف وروبينز Nordoff & Robbins، ١٩٧٥).

والموسيقى لها أساس انفعالى ولها أثر انفعالى، فالنغم تعبير انفعالى يؤثر فى الانفعالات. وتعرف الموسيقى بأنها لغة تعبر عن الانفعالات والعواطف والمشاعر، وهى أقوى الفنون تحريكا للانفعالات والعواطف. والموسيقى تلازم الإنسان فى حبه وفى مرحه، وفى احتفاله وحتى فى حزنه. وعندما يندمج الفرد مع الموسيقى مؤديا أو مستمعا فإنه يخبر محتواها الانفعالى ويعيشه. والموسيقى بكل ما تشتمل عليه من تجريد، وما تبدو عليه من أنها ليست بذات معان ، تنتسب إلى عالم الانفعالات بكل عمق.

والعناصر النفسية فى الموسيقى كثيرة، وعلى رأسها إثارة الانفعالات والمشاعر. وجميع عناصر الموسيقى كالإتقان اللحنى والتوافق الصوتى ومقاس ذبذبة النغم والإيقاع واللون النغمى... إلخ تؤثر فى الحالة الانفعالية للمستمع، فتضعه فى مكان ما بين طرفى الفرح الشديد والحزن المفرط، أو فى مكان ما بين السعادة والمرح أوالتهيج والاستثارة.

والنغمات الموسيقية ـ كتنظيم جمالى ـ تحدث تأثيرا سارا يوحى بالسعادة والأمل ،طالما كانت فى حدود مناسبة من الشدة . أما إذا كانت أشد وأعلى وأسرع فإنها تحدث الإثارة والتهيج الانفعالى، وإذا كانت أرق وأضعف وأبطأ فإنها تحدث التهدئة الانفعالية.

وهناك أصوات من طبيعتها أن تكون مفرحة ومرحة تتفق مع الحب والحنان والطرب، وأخرى محزنة أو قاسية أو مروعة، وعند سماعها يتجاوب الفرد انفعاليا وعاطفيا معها.

هذا ويمكن استخدام الموسيقى للتحكم فى الانفعالات المختلفة وتوجيهها كما فى تخفيف حدة التوتر والقلق.

وعلى العموم فإن الموسيقى لها أهميتها الخاصة فى التربية الانفعالية Emotional Education.

الموسيقى وأثرها الاجتماعى:

تقدم الموسيقى عادة فى حفلات استماع وفى إطار اجتماعى، وتسهم بدور هام فى التفاعل

الاجتماعى، وتجعل الإنسان أكثر تفاعلا وتيسر الاتصال الاجتماعى، وتساعد فى العمل التعاونى وتتيح فرصة التنافس فى شكل مقبول اجتماعيا. وقد يصاحب الموسيقى الآلية الغناء والأصوات البشرية التى تردد أغنيات محببة مما يفيد فى جوانب النمو الاجتماعى.

والموسيقى تثير النزعة القومية. وكلنا نعرف أن السلام الوطنى والأناشيد القومية وأغانى الحنين إلى الوطن تثير دموع المغتربين.

والموسيقى باعتبارها لغة الانفعال تؤثر فى المشاعر وترتبط بالفكر، والفكر يرتبط بالسلوك، والسلوك يرتبط بالأخلاق، ومن ثم ترتبط الموسيقى بالأخلاق.

هذا وتستخدم الموسيقى فى زيادة الإنتاج بشرط ألا تكون جاذبة للانتباه حتى لا تصرف العامل عن عمله. فالموسيقى تستخدم لتسلية العمال وتنظيم نشاطهم فى المصانع، وفى الأعمال الثقيلة والحرف التى تحتاج إلى مجهود كبير لإثارة الحماس وتقليل الملل. وفى الحرب تساعد الموسيقى الجنود على تحمل العناء والجهد. والموسيقى العسكرية باعتبارها الرمز المسموع للزمن المنظم تنظم المشى. والموسيقى العسكرية السريعة القوية تسرع ضربات قلوب الجنود وتثير حماسهم لخوض المعركة فى الميدان لتحقيق النصر. وتستخدم الموسيقى فى الأغراض الدينية، فهى تساعد فى التعبير عن السلام العقلى والتقوى والخير. ورجال الدين البوذيون ينشدون الأغنيات الدينية مع الموسيقى . والموسيقى تستخدم مع التراتيل والصلوات فى المعابد والكنائس.

وبالإضافة إلى ما سبق، تلخص آمال صادق (١٩٨٠) أثر الموسيقى فى تنمية النواحى الاجتماعية فى : تنمية روح الفريق (الفرق الموسيقية)، وتنمية الإحساس بالمبادأةوالمسئولية الاجتماعية والثقة بالنفس، والإسهام فى تمضية وقت الفراغ فى نشاط تربوى موجه.

الأثر العقلى للموسيقى:

للموسيقى أثر عقلى حيث تثير خيال المستمع، خصوصا إذا صاحبها غناء صوتى يفسر معانيها. وتلعب الثقافة الموسيقية للمستمع دورا هاما فى الاستجابة لها، أى أنها تتضمن عنصرا عقليا معرفيا. فالفرد يستفيد من ثقافته وخبراته الموسيقية فى الاستجابة للموسيقى. وكلما ازدادت المعرفة الموسيقية كلما ازدادت هذه الاستجابة (نبيلة ميخائيل، ١٩٧٨).

وبالإضافة إلى ذلك فإن للموسيقى أثرها فى تنمية النواحى العقلية، وخاصة تنمية الإدراك الحسى، وتنمية القدرة على الملاحظة، وتنمية القدرة على القراءة والكتابة الموسيقية، وتنمية القدرة على التنظيم المنطقى، وتنمية الذاكرة السمعية، وتنمية الإحساس والإدراك الزمنى، وتنمية

الإحساس اللمسى والبصرى والتصور الحركى، وتنمية القدرة على الابتكار، وزيادة المعلومات، وتحسين تعلم المواد الدراسية (آمال صادق، ١٩٨٠).

الموسيقى وأثرها التربوى:

كل مقطوعة موسيقية تعتبر هدية ثقافية قيمة تقدم للجنس البشرى.

والموسيقى أداة فعالة فى التربية، فهى تساعد التلاميذ فى تعلمهم وفى لعبهم.

ومنذ وقت طويل دخلت الموسيقى فى التربية والتعليم لتسهم فى النمو المتكامل للمتعلم. وقد كان النظام التربوى فى اليونان يستند إلى الموسيقى. وقد وضعوها جنبا إلى جنب مع العلوم الرئيسة. فهى واحدة من أربعة تتعامل بالقياسات هى : الهندسة والفلك والحساب والموسيقى.

وفى الوقت الحاضر يستفاد من الموسيقى تربويا فى نواح كثيرة. فالموسيقى رياضة مسموعة أو رياضة صوتية . ويمكن تحليل القيمة الرياضية للمقطوعة الموسيقية، وفى ذلك تدريب للأذن وتدريب للمخ. والموسيقى تنمى الإدراك الدقيق للزمن والتتابع والتناغم ، وتعلم التناسب والنظام.

والموسيقى تنمى الاستمتاع العقلى المعرفى، وتنمى التذوق الجمالى، والحكم الجمالى. وفوق هذا وذاك فإن الموسيقى توسع الإدراك، وهى مجال رحب للابتكار.

وهكذا نجد أن وجود الموسيقى فى البرنامج التربوى والعلاجى يعتبر معلما من معالم برنامج متطور. ويقترح روبرت ويليامز Williams (١٩٧٨) أن تدخل الموسيقى كجزء مندمج فى الخطة التربوية فى التعليم وتعطى أهمية متساوية مع باقى المواد.

التشخيص بالموسيقى:

الموسيقى من أحب الفنون التى يستجيب لها الإنسان . ولا يحتاج لكى يتفهمها ويتذوقها ـ بالضرورة ـ إلى ثقافة خاصة أوالإلمام بقواعدها وأصولها، وهى تمتاز بالانطلاق غير المحدود، فليس لمفرداتها ولا لأصواتها ولا لأنغامها معنى محدد ،ينقل للمستمع صورة واحدة ثابتة لا تتغير مع تغير اللحن. ولذلك يختلف تأثير اللحن الواحد على عواطف كل مستمع ، ويتشكل هذا التأثير حسب مقدرة المستمع على تقبل اللحن وتفهمه، وعلى استيعاب المعنى الذى يحمله. والمقطوعة الموسيقية الواحدة يمكن أن يصاحبها كلمات حب أو كلمات هجاء. والأنغام الموسيقية توحى بمدى واسع من الاستجابة التى هى ليست جزءا من الأنغام ولا من مكوناتها. فالنغم لا يصف أو يحدد بشكل معين حادثة خاصة أو فعلا معينا، إنه مجرد نغم أو لحن وإيقاع ورموز

موسيقية لا تعبر عن معان مطلقة أو ثابتة . وأية معان أو أفكار أو مشاعر تقترن بها إنما تصدر عن ذات المستمع المتذوق.

وهكذا فإن الموسيقى يطبيعتها تتطلب سلوكا واستجابة مباشرة ومستمرة . وهذه الاستجابة يمكن ملاحظتها ودراستها والاستفادة منها تشخيصيا. وعلى سبيل المثال فإن الموسيقى الراقصة تستخدم لتشخيص السلوك الاجتماعى للمرضى النفسيين بصفة عامة.

والموسيقى تثير فى المنستمع ذكريات وخبرات سابقة مختزنة، وتعبر عما يختلج فى النفس من عواطف وانفعالات، لذلك يمكن استخدامها كأداة للحصول على عينات من هذه الخبرات الانفعالية والخيالات اللاشعورية التى تعبر عن المشاعر الخاصة، تتمركز حول الذات التى تستجيب لسماعها وتتلون بالمزاج الشخصى للمستمع، وتكشف عن النشوة والمرح أو الحزن والاكتئاب.

والموسيقى توصل إلى الحياة الانفعالية للفرد. والتفاعل الموسيقى يتوقف على شخصية الفرد وعلى شخصية الموسيقى Character of the music (نوردوف وروبينز Nordoff & Robbins، ١٩٧٥).

ويقول فؤاد زكريا (١٩٥٦) إن الموسيقى تتميز بعنصر الغموض والإبهام الذى يكون مادتها. والتنظيم النغمى، والتذوق النغمى لدى المستمع يتضمن نوعا من الإسقاط، فالنغم الموسيقى يتألف من جزءين، أولهما يحصل من الخارج (الظاهرة الصوتية الفيزيائية)، وثانيهما ينبثق من الأعماق، معبرا عن حالة المستمع ملونا بخبراته التى يربطها بالنغم وبحالته النفسية ـ أى أنه يسقط ما لديه من مشاعر وانفعالات واتجاهات على الموسيقى.

وقد عكف علماء النفس على استخدام الموسيقى كمثير إسقاطى، ووجدوا أنها وسيلة إسقاطية صالحة، لأنها أداة غير متشكلة يستطيع المفحوص أن يشكلها وفق ما يتراءى له، فيسقط عليها ما يتجاوب فى أعماقه من المعانى والخبرات والانفعالات الخاصة.

وهكذا يستعان بالاختبارات الإسقاطية الموسيقية فى استخراج محتويات لا شعورية وكشف النقاب عن دينامياتها المسيطرة فى سلوك الأفراد المضطربين نفسيا. وقد وجد أنه يمكن باستخدام هذه الاختبارات الإسقاطية الموسيقية، الكشف عن الرغبات اللاشعورية والحيل الدفاعية والصراعات الكامنة. وكذلك يمكن تشخيص حالات العصاب والذهان والتمييز بينها وبين الأفراد العاديين (الأسوياء) (ضياء الدين أبو الحب، ١٩٧٠).

ومن أساليب التشخيص بالموسيقى «الاختيار الموسيقي» حيث يختار المريض الموسيقى التى

يفضلها والتى لا يفضلها للتعرف على حالته النفسية والمزاجية وميوله ورغباته وأحاسيسه وحالته المرضية. ومعروف أن الفرد حين يختار مقطوعة موسيقية فإنه يختارها بالذات لأنها تعبر عن حالته وعن مشاعره الذاتية وعن خبرته الشخصية.

وقد يطلب من المريض (الموسيقي) ارتجال مقطوعة موسيقية Improvisation تعبر عن مشاعره وأحاسيسه الخاصة، وتكشف عن مظاهر استقراره أو اضطرابه. ويساعد ذلك فى تشخيص حالته المرضية . ويلاحظ أن القرع الشديد على الطبول يعبر عن أعراض نفسية.

وقد يقدم للموسيقى المريض مقطوعات موسيقية، ويطلب منه إبداء رأيه فيها ونقدها وتحليلها، ويستفاد من ذلك تشخيصيا.

استخدام الموسيقى فى العلاج:

العلاج بالموسيقى ـ كتخصص ـ علاج حديث نسبيا. ولقد مر تطور العلاج بالموسيقى بتاريخ طويل.

فى الماضى:

استخدمت الموسيقى علاجيا منذ أقدم العصور.

ففى مصر القديمة كان كهنة معبد أبيدوس (وهو أكبر مراكز الطب فى مصر القديمة) يعالجون مرضاهم بالترتيل المنظم.

وفى تاريخ استخدام الموسيقى فى العلاج يأتى ذكر أورفيوس Orpheus (١٣٥٠ ق. م.) واستخدامه للموسيقى لتحسين الحياة العقلية للإنسان وتهذيب عواطفه والوصول إلى علاج المرض.

ومن رأى أفلاطون أن الإنسان الفاضل هو الذى تتناغم حياته مع الموسيقى. وفى نظر فيثاغورث فإن الموسيقى أعلى من الحواس وتحتاج إلى درجة عالية من المستوى العقلى لفهمها.

ومن خلال تعاليم أفلاطون وأرسطو وغيرهما من فلاسفة الإغريق القدماء لفتت الأنظار إلى ما للموسيقى من أهمية فى ميدان التعليم والعلاقات الإنسانية والفن والاحتفالات الدينية والحياة العامة. وأصبحت الموسيقى ضرورية للمحافظة على الصحة العقلية والجسمية ولعلاج الأمراض الوظيفية وحتى الأمراض العضوية (شيبكوفينسكى Schipkowensky ، ١٩٧٧).

وفى المجتمعات البدائية استخدم المعالجون الأغانى فى العلاج فرديا وفى جماعات يشارك فيها المرضى وأقاربهم،واستخدموا الموسيقى البدائية والطبول لاستدراج الأرواح الشريرة، وكانوا

يخيفونها بالطبول الشديدة. وكانوايعتقدون أن الأغانى لها أصل وتأثير فائق للطبيعة Supernatural. وكان الهنود الحمر يستخدمون الموسيقى والغناء والرقص للاستعانة بها فى علاج المرضى.

وتحدث أبو قر اط ـ وهو من أكبر الأطباء القدامي ـ عن أهمية الموسيقى علاجيا.

وورد فى الإنجيل ما يشير إلى أنه عندما دخلت الأرواح الشريرة إلى جسم شاول (حوالى ١١٠٠ ق. م.) أخذ داود النبى (الذى أصبح ملكا بعد شاول) العود وعزف عليه بيده وانتعش شاول وخرجت الروح الشريرة من جسمه وأصبح معافى.

ومن بين العلماء العرب والمسلمين الذين عرف عنهم استخدامهم للموسيقى فى العلاج، الرازى (٨٥٠ ـ ٩٢٣)، وابن سينا (٩٨٠ ـ ١٠٣٧) وهو من عباقرة الطب الذين استخدموا الموسيقى لعلاج مرضاهم. ويقول إخوان الصفا إن ألحان الموسيقى تصورات ونغمات ولها فى النفوس تأثيرات. ومن الألحان والنغمات ما يسكن سورة الغضب ويحل الأحقاد ويكسب الألفة والمحبة (ضياء أبو الحب، ١٩٧٠). ومعروف أن العرب قد أدخلوا استخدام الموسيقى فى مستشفيات الأمراض العقلية قبل أوروبا بحوالى أربعة قرون على الأقل.

وساد الاعتقاد فى القوة العلاجية للموسيقى فى الحضارات المتعاقبة والمتعددة حتى عصر النهضة فى علاج حالات العصاب والذهان.

وفى بعض الثقافات ـ ومنها مصرـ يستخدم الزار ـ وأصله أثيوبيا ـ كإحدى وسائل العلاج الشعبى، حيث يستخدم فيه الموسيقى البدائية والغناء (أغانى الزار) والرقص (رقص الزار) والبخور والعطايا لطرد الأرواح التى تتلبس بالمريض، على أساس الاعتقاد بأن زيارة الأرواح (الأسياد) لجسم الفرد هى التى تسبب له الأمراض النفسية والجسمية. ويقوم المعالج (الكودية) بدور الوسيط بين المريض (العروس) والزار (الأسياد) (فاطمة المصرى، ١٩٧٥). وتلخص نبيلة ميخائيل (١٩٧٤) تأثير الزار فى أن الموسيقى والطبل والرقص تحدث حالة من الإثارة العصبية تدفع المرضى إلى حالة تشبه حالة الهوس ثم الإرهاق وأخيرا إحساس المرضى ـ المعتقدين فى الزار ـ بالتخلص من حالتهم المرضية، والشعور بأنهم أصبحوا أكثر راحة وصحة.

الوضع الحالى:

وتطور الحال منذ سنة ١٩٤٩ إلى حد كبير، وأصبح هناك إجماع بين الخبراء والباحثين على أهمية استخدام الموسيقى فى العلاج النفسى ، وزاد الاهتمام بالعلاج بالموسيقى على أسس علمية مدروسة. وأسست جمعيات للعلاج بالموسيقى فى بعض الدول.

وتطورت وتوالت البحوث والدراسات فى العلاج بالموسيقى. وتعددت المجلات العلمية المتخصصة فى العلاج بالموسيقى، ومنها على سبيل المثال لا الحصر

-Music Therapy

- Journal of Music Therapy.

تطلعات المستقبل:

تبشر البحوث والدراسات الكثيرة المبتكرة المتقدمة التى تملأ المجلات العلمية الدورية فى العلاج بالموسيقى بمستقبل مشرق وتقدم ملموس.

ومن أهم ملامح المستقبل اطراد تطور أساليب العلاج بالموسيقى مع التطور العلمى والتكنولوجى، واستخدام الحاسب الآلى والدوائر التليفزيونية المغلقة والفيديو .. إلخ.

عملية العلاج بالموسيقى:

العلاج بالموسيقى لكى يكون مؤثرا لابد أن يكون فيه قدر كبير من الابتكار. والخطوط العريضة التالية تمثل مجرد إطار مرجعى، وليس تحديدا لإجراءات جامدة لعملية العلاج بالموسيقى.

الإعداد للعملية:

قبل البدء فى العملية العلاجية، يجب الإعداد لها حيث يكون قد تم تشخيص الحالة وتحديد العمر والمستوى الثقافى والهوايات والحالة الصحية والعضوية والفسيولوجية للمريض.

ومنذ البداية، وعند الإعداد للعملية العلاجية، يجب أن يحدد المعالج أهداف العلاج جسميا وانفعاليا واجتماعيا بحيث يتحقق قدر من السعادة المتزايدة (حامد زهران، ١٩٧٨).

المناخ العلاجى:

تبدأ عملية العلاج بالموسيقى بتهيئة المناخ أو الجو العلاجى المناسب، ويتضمن ذلك إعداد المكان المناسب وتعريف المريض بملامح عملية العلاج ودوره فى ذلك، فى جو علاجى مريح سار مشبع بالأمن والفهم والتقبل يبعث على الطمأنينة والأمل.

ويلاحظ أن الموسيقى تحسن المناخ العلاجى والتفاعل الاجتماعى بين المعالج والمريض، وبينه وبين المرضى فى العلاج الجماعى. كذلك فإن الموسيقى تتيح فرصة الترفيه والتنشيط اللازم للمناخ العلاجى مما يسر تحقيق الهدف العلاجى.

العلاقة العلاجية:

فى المناخ العلاجى المناسب تقوم العلاقة العلاجية من خلال جلسات العلاج، ويتطلب نجاح العلاج بالموسيقى أن يكون فى إطار من التقبل والفهم المتبادل والتعاون بين المعالج والمريض. وتتضمن العلاقة العلاجية التفاعل والاتصال بين المريض والمعالج، واذا تكونت قناة اتصال موسيقى بين المعالج والمريض، يجب أن تكون مفتوحة وحرة، وهذا يسمى الألفة الموسيقية Musical rapport، وهذا ينشط الاستجابة وييسر التخلص من الخوف، وتحقيق قدر من السرور وقدر من الثقة فى الموقف العلاجى. وإذا كان المريض له اهتمامات موسيقية يمكن استغلال هذا الاهتمام فى إنشاء وتدعيم العلاقة العلاجية والتجاوب بينه وبين المعالج فى ضوء الاهتمام المشترك.

والمعالج الموسيقى الدارس الذى يجيد الارتجال والابتكار الموسيقى يملك لغة ممتازة للاتصال مع المريض، وهو يعبر موسيقيا ويتابع تعبيرات وجه المريض ولمحاته وحركاته وسلوكه، من خلال تنوع الأداء فى ضوء الزمن واللحن والهارمونية والإيقاع والسكتات... إلخ، وهو يصور سلوك المريض ويتابع نشاطه بحرية وارتجال وابتكار (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

الخبرة الموسيقية العلاجية:

تتطلب عملية العلاج بالموسيقى وضع برنامج موسيقى يناسب الحالة لتحقيق الهدف العلاجى.

وقلب البرنامج الموسيقى العلاجى هو الخبرة الموسيقى التى تناسب شخصية المريض الذى يوضع فيها فتؤثر فى سلوكه حين يعيها سمعيا (إيقاعا وطبقة وعلوا) وبصريا (قراءة ومتابعة فى الأداء) ولمسيا (مع الآلة) (ويليام سيرز Sears، ١٩٦٨).

وتتضمن الخبرة الموسيقية العلاجية موسيقى مرتجلة مبدئية استكشافية تعدل لتناسب إيقاعات المريض وسلوكه حيث يهيئ المعالج موقفا يتمكن من خلاله أن يشخص وأن يعالج، لأن المريض يستجيب موسيقيا وشخصيا. ويلاحظ أن كيفية ومدى استجاباته تحدد مجرى الارتجال الذى يقوم به المعالج ليحتوى المريض فى الخبرة الموسيقية.

ويحرص المعالج على الحصول على استجابة المريض صوتيا أو إيقاعيا أو غير ذلك. ومن أنماط الاستجابات التى تشاهد: حرية كاملة فى الإيقاع، حريةغير مستقرة فى الإيقاع (نفسيا أو عصبيا)، حرية محدودة فى الإيقاع، إيقاع قسرى، إيقاع مضطرب، إيقاع انفعالى، إيقاع مشوش،

عزف على الآلة، غناء مصاحب، دندنة مصاحبة، متابعة التغير فى اللحن (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

الموسيقى العلاجية:

الموسيقى العلاجية لها أنواع يجب الاختيار من بينها بما يتفق مع الحالة الخاصة لكل مريض، ومدى تقبله وتذوقه لها واللون والأسلوب الذى يفضله. وأهم أنواع الموسيقى العلاجية أربعة هى:

الموسيقى المهدئة (الهادئة): وهى تتكون من السلم الصغير، تكون لينة وهادئة، متوسطة أو منخفضة الطبقة، متصلة (التغير فيها تدريجي)، يغلب على لحنها التكرار، تموجاتها بطيئة، زمنها بطئ، تناسب سرعتها سرعة التنفس، إيقاعها هادئ، ولحنها بسيط، تعزفها عادة آلة واحدة مثل الفلوت أو الكمان. ومن أمثلتها التقاسيم الحرة والمواويل. ولها تأثير مهدئ جسميا ونفسيا، وتستخدم لتهدئة المرضى المتهيجين.

الموسيقى المنشطة (المثيرة): وهى تتكون من السلم الكبير، وتكون قوية، عالية الطبقة، متقطعة وغير منتظمة، خالية من الرتابة ، تموجاتها سريعة، زمنها سريع، متنوعة الآلات، بها مفاجآت مثل الانتقال من مقام لآخر، إيقاعها واضح وقوى، ذات تآلفات معقدة، تعطى قوة عند سماعها. ومن أملثتها المارشات العسكرية. ولها تأثير منشط لتنشيط مرضى الاكتئاب والفصام التخشبى.

موسيقى الاسترخاء (المنومة): وهى منخفضة وهادئة. وتكون رتيبة خالية من المفاجآت والتنويع، كثيرة التكرار، تعزفها آلة واحدة غالبا، زمنها بطئ، هادئة النبر، إيقاعها غير محدد ومنتظم ورتيب، غير متنوعة. ومن أمثلتها موسيقى أغانى المهد. ولها تأثير يبعث على الاسترخاء والنوم.

الموسيقى السارة (المفرحة): وهى متوسطة الهدوء والسرعة والزمن والتكرار والإيقاع. ومن أمثلتها الموسيقى الراقصة. ولها تأثير مفرح مطرب مبهج ممتع مريح ترفيهى.

التداعى الحر:

عن طريق التداعى الحر أو «الترابط الطليق» يطلق المريض العنان لأفكاره وخواطره واتجاهاته وصراعاته ورغباته وإحساساته تتداعى وتسترسل حرة مترابطة تلقائيا. والموسيقى وسيلة مفيدة فى هذا. فهى قد تظهر أفكارا فوق الموسيقى Extramusical وتداعيا حرا للأفكار والمشاعر - كوسيلة إسقاطية. إنها حقا تتيح فرصة التعبير عن الذات (سواء فى الأداء أو الاستماع).

التنفيس الانفعالى:

والتنفيس الانفعالى أو التفريغ الانفعالى يعتبر بمثابة تطهير للشحنات النفسية الانفعالية. وعن طريقه يمكن التخلص من التوتر النفسى.

والموسيقى من أهم وسائل مساعدة المريض فى عملية التنفيس الانفعالى. إنها تستثير الكثير من الاستجابات الانفعالية لدى المريض. فهى تستثير السرور والفرح الشديد (مما يؤدى إلى النشوة) أو الحزن العميق (مما قد يؤدى إلى ذرف الدموع). وهى أيضا تستثير الهدوء والسكينة أو الإثارة والاندفاع، وهى تستثير الحماس والشجاعة أو الفزع، وهى تستثير الابتهاج أو الغضب.

والموسيقى تساعد فى التنفيس الانفعالى، حيث تنعكس فيها أنات الحزانى والمفجوعين، وزفرات المحبين ومتع اللاهين والعابثين. ومن الناحية الانفعالية فإن الموسيقى تهدئ الانفعال وتخفف الحزن والأسى وتجلب السرور والسعادة والبهجة.

والموسيقى تيسر التعبير الانفعالى عن النفس (بقبول اجتماعي)، سواء إيجابا أو سلبا فى إطار مقبول اجتماعيا كما فى الموسيقى الراقصة مثلا.

والموسيقى تخفف التوتر النفسى، وما يعترى حياة المريض من متاعب، فهى تجعله يقلع من خلالها عن التفكيرفى متاعب الحياة اليومية ويستسلم إليها وهو يسبح فى عالم الخيال.

التفسير:

ويتناول التفسير العلاقة العلاجية بين المريض والمعالج وكل ما كشف عنه التداعى الحر والتنفيس الانفعالى وعلاقة هذا كله بخبرات المريض ومشكلاته. ويتناول التفسير أيضا الأعراض المرضية وعلاقات المريض الشخصية والاجتماعية وهدف حياته وأسلوب حياته... الخ.

ويجب أن يكون التفسير مرتبطا بشخصية المريض وحالته فى حاضره وفى ضوء الواقع هنا والآن. ويجب أن يكون التفسير واضحا كاملا وصحيحا ومنطقيا وبجرعات مناسبة، وفى ضوء النظريات العلمية وبأسلوب مناسب فى لغة يفهمها المريض حتى يقبله.

الاستبصار:

الاستبصار هو أهم عناصر فهم الذات. والتداعى الحر والتنفيس الانفعالى والتفسير إجراءات تفيد فى استبصار المريض وفهم نفسه ومعرفة مصادر اضطرابه ومشكلاته وتعرفه نواحى قوته ونواحى ضعفه وإيجابياته وسلبياته. والاستبصار يجعل المريض أكثر قدرة على التحكم فى سلوكه.

والموسيقى العلاجية تدعم الاستبصار والوعى بالذات.

التعلم وإعادة التعلم:

الخبرة الموسيقية العلاجية يجب أن تتيح للمريض خبرة تيسر تعلم السلوك السوى وأساليب التوافق النفسى السليم. ويجب العمل على حدوث التعلم التدريجى لحرية التعبير وإقامة اتصال مناسب من الآخرين كعوامل أساسية للعلاج.

والموسيقى تتيح للمريض فرصة تعلم مهارات اجتماعية واقعية وأنماط سلوك شخصى مقبول اجتماعيا (وهذا مطلوب فى التفاعل الاجتماعى الناجح مع رفاق السن وفى المجتمع بصفة عامة)، ثم ينتقل أثر هذا التعلم والتدريب من الموقف العلاجى إلى مواقف الحياة اليومية عن طريق عملية التعميم.

تعديل وتغيير السلوك:

يعتبر تعديل وتغيير سلوك المريض من أهم أهداف عملية العلاج، ويهدف إلى تعديل وتغيير الاضطرابات السلوكية المتعلمة من السيئ والغريب والشاذ واللامتوافق إلى الأحسن والمألوف والعادى والمتوافق.

والموسيقى تستلفت انتباه المريض، ويصاحبها ارتباطات وأفكار، وتؤدى إلى سلوك يمكن توجيهه الوجهة الصحيحة عن طريق المعالج. والموسيقى تيسر السلوك المنتظم مع الواقع، لأنها واقع يحياه المريض فى الخبرة الموسيقية. والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة الجسمية (بدءا من حالات الإعاقة الجسمية إلى حالات المهارة الجسمية الفائقة).

والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الاستجابة النفسية، مثل الحالة المزاجية (سعيد أو حزين أم مكتئب أو مهووس)، ومثل الدافعية للإنجاز (منخفضة أو عالية)، ومثل القدرة التعليمية (متأخر عقليا إلى متفوق عقليا). والموسيقى تتيح تنمية السلوك ذاتى التوجيه لدى المريض حين تيسر له الخبرة الموسيقية المؤدية إلى النجاح وتحمل مسئولية توجيه الذات واتخاذ القرارات.

والصمت الذى يصاحب الاستماع الموسيقى هو الآخر صمت علاجى Therapeutic Silence. فمرضى العصاب أو مرضى الذهان حين ينصتون إلى الموسيقى لا يتكلمون إلى مخالطيهم أو ذويهم فيقلعون عن الكلام (السام) عن مخاوفهم ووساوسهم وهلاوسهم التى ينشطها التكرار والتى قد تؤثر على الآخرين خاصة الأزواج والأولاد (كريتشلى وهينسون Critchley & Henson، ١٩٧٧).

تغير الشخصية:

عندما تنمو بصيرة المريض ويتعلم أساليب سلوكية جديدة، فإن ذلك يعتبر من مظاهر تغير شخصيته.

ومع تقدم العلاج بالموسيقى وتكرار الجلسات، واطراد نمو الشخصية وتغيرها، يكون المريض لنفسه فلسفة عامة فى الحياة لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية، ويشعر بقدرته على الاستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته. وعلى العموم فإن الموسيقى كفن تضيف إلى تكامل شخصية الفرد بصفة عامة.

الأثر العلاجى الخاص للموسيقى:

للموسيقى دور وتأثير خاص فى علاج الأمراض النفسية. وتخطط الخبرة الموسيقية العلاجية وتوجه لتحقيق آثارها العلاجية الخاصة المرجوة لدى المريض.

والموسيقى تجلب السرور، وتبعد المريض عن أعراض مرضه. وهى تفجر ينابيع الانفعال. وتخفف المخاوف، وتنمى إمكانات التعبير عن النفس. والموسيقى تدرب إحساس المريض بالجمال حين يسهم بفعالية فى الإيقاعات والأغانى والعزف الموسيقى إذا أمكن. وهى تنقل المريض المنطوى من عالمه الذى انسحب إليه إلى منبسط يتفاعل مع العالم الخارجى المحيط به. والموسيقى تزيد التفاعل بين المعالج والمريض وتحيى الخبرة الموسيقية العلاجية بصورة أفضل، وتثير حماس المريض وشعوره بتحقيق النجاح، وهى تيسر خبرات تؤدى إلى النجاح وتؤكده، والنجاح يؤدى إلى مزيد من النجاح. والموسيقى توسع مجال الخبرة التى يشعر فيها المريض بنفسه وتنمى الشعور بقيمة الذات ومكانتها وتحقيق الذات، والافتخار بالذات، وتنمى ثقته بنفسه.

والموسيقى تتيح فرصة تعويضية للعميل المعوق مما يساعده فى تقبل ذاته والتخفف من تأثير إعاقته.

إنهاء العلاج:

وبعد التأكد من تحقيق أهداف عملية العلاج تنهى العملية مع ترك الباب مفتوحا أمام المريض لكى يعود فى أى وقت يشعر فيه بالحاجة إلى ذلك.

تقييم العلاج:

لابد من تقييم عملية العلاج وإجراءاتها ونتائجها فى ضوء أهدافها، وأهمها مدى نمو شخصية المريض ومدى توافقه النفسى وتمتعه بالصحة النفسية.

ويتوقف نجاح عملية العلاج بالموسيقى على عوامل من أهمها شخصية المعالج، وشخصية المريض، ونوع المرض، وأسلوب العلاج.

ويتم تحديد مدى التحسن الذى حدث ـ وهل هو تحسن كبير أو قليل، دائم أو مؤقت، حقيقى أو ظاهرى. ويستخدم فى عملية التقييم التقارير الذاتية ومقاييس التقدير وقوائم المراجعة والاختبارات ... إلخ.

هذا ويجب أن يشترك فى عملية تقييم العلاج كل من المريض والمعالج وباقى الأخصائيين المشتركين فى عملية العلاج وكل من يهمه أمر المريض كالوالدين والرفاق.

المتابعة:

تحتاج عملية العلاج بالموسيقى بعد تمامها وشفاء المريض إلى متابعة منظمة للتأكد من استمرار تقدم الحالة واستفادة المريض من الخبرات العلاجية فى مواقف الحياة العامة فى الواقع.

عيادة العلاج بالموسيقى:

أفضل مكان لعملية العلاج بالموسيقى هو «عيادة العلاج بالموسيقي» Music Therapy Clinic كعيادة متخصصة، وإن لم توجد فحجرة العلاج بالموسيقى فى العيادة النفسية (باربارا ميمورى Memory، ١٩٨٥).

وفى حجرة العلاج بالموسيقى توجد على الأقل آلة (غالبا بيانو أو أورج) يجيد المعالج العزف عليها وبجوارها طبلة. ويمكن أن يوجد عدد آخر من الآلات الموسيقية البسيطة والمتنوعة، بالإضافة إلى أجهزة الراديو وأجهزة التليفزيون والمسجلات وأجهزة الفيديو.

وإلى جانب حجرة العلاج بالموسيقى توجد حجرات خاصة بالاختبارات النفسية والموسيقية وحجرة المكتبة الموسيقية وحجرة خاصة بطرق العلاج.

أساليب العلاج بالموسيقى:

هناك أساليب متعددة للعلاج بالموسيقى أهمها ما يلى:

العلاج بسمع الموسيقى (السمع الموسيقي):

وفيه يسمع المريض مقطوعات موسيقية. وهو حين يستمع يسرح بفكره مع الألحان وينسى مرضه فى لحظات الاستماع والاستمتاع. ولذلك عدد من الأساليب أو الفنيات منها:

* العلاج بالخلفية الموسيقية : Background Musical Therapy ، ومعظمها موسيقى هادئة

تسمع فى ساعات محددة فى العيادات والمستشفيات عن طريق الراديو أو التليفزيون أو المسجلات، وتذاع فى صوت معتدل خلال ساعات العمل والغذاء والقراءة والتسلية. ويلاحظ أنه فى العلاج النفسى يتحدث المرضى أسهل عند وجود خلفية موسيقية(ويليام سيرز Sears، ١٩٦٨).

* العلاج بالتأمل الموسيقى: Contemplative Musical Therapy ، ويفترض فيه أن المريض يهتم بالفن بصفة عامة، وبالموسيقى بصفة خاصة. ويسبق الجلسة الموسيقية معلومات عن المؤلف والمقطوعة. ويلى السمع مناقشةحول الانفعالات التى تثيرها الموسيقى. ويمكن استخدام هذا الأسلوب فرديا أو جماعيا. ويلاحظ أن الموسيقى التى يقع الاختيار عليها يجب أن تناسب الحالة الانفعالية للمريض ومرضه إن كان مكتئبا أو يعانى من القلق أو الهوس... إلخ. فمثلا فى حالة الهوس تستخدم الموسيقى المرحة، وفى حالة الاكتئاب تستخدم الموسيقى الحزينة مما ييسر الإفصاح عن الخبرات المرضية من خلال التأمل ورد الفعل. وقد يرتجل المعالج مقطوعات موسيقية تعبر أولا عن مشكلة المريض أو يختار المقطوعة المعبرة عن المشكلة ويلاحظ المعالج تعبيرات المريض أثناء السمع، ويطلب منع التفكير فى مشكلته وتجارب حياته، وتكون الإضاءة قوية. وبعد ذلك يرتجل أو يقدم مقطوعة هادئة تبعث على الثقة والطمأنينة فى نفس المريض، وتزيل آثار المقطوعة الأولى المثيرة. وأثناء السمع إلى المقطوعة الثانية يسترخى المريض ويطلب منه التفكير فى كل ما هو جميل فى الطبيعة وفى خبراته، وتكون الإضاءة ضعيفة. وأخيرا يرتجل المعالج أو يقدم مقطوعة منشطة مرة أخرى ليوقظ المريض من حالة الهدوء والاسترخاء، بهدف بعث الثقة فى النفس والإقبال على الحياة. ويطلب منه التفكير فى الأنشطة الفنية والاجتماعية والرياضية المعبرة عن النشاط الاجتماعى. وتكون الإضاءة قوية.

* الاسترخاء مع الموسيقى الهادئة: يستلقى المريض وتعزف الموسيقى الهادئة أو المنومة مع تنظيم التنفس وتركيز الفكر على شئ واحد إلى أن يتم الاستيقاظ تدريجيا وفى هدوء بواسطة موسيقى متدرجة الشدة. وقد يستعان فى ذلك بفنيات أخرى للتخلص من التوتر الجسمى.

العلاج بالعزف الموسيقى:

وفيه يؤدى المريض (الموسيقي) بنفسه مقطوعات موسيقية. ولذلك عدد من الأساليب أوالفنيات منها:

ـ العلاج بالأداء الموسيقى:Executive Musical Therapy ، وهو عبارة عن أداء موسيقى يقوم به المريض العازف فرديا أو المرضى جماعيا. وقد يصاحب العزف غناء. وفى حالة عدم

إجادة المريض للعزف على آلة يمكن إشراكه فى الأداء، بأن يبدأ المعالج بالعزف المرتجل ويشجع المريض على استخدام الطبلة والمصاحبة الإيقاعية بالتدريج. ويمكن أن يبدأ المريض بالإيقاع ويتابعه المعالج بعزف لحن مرتجل يساير إيقاعه. ومعروف أن معظم مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية تكون فرقا موسيقية وفرق إنشاد (كورال) . والكورال يقوى الثقة بالنفس ويحسن التفاعل الاجتماعى، ويدعم الشعور بالقيمة الاجتماعية ، ويحمى المريض من ضغط الأداء المنفرد. ويعرف المرضى أن الأداء ليس أداء محترفين ولكنه أداء علاجى، ولذلك فهم يسرون بأى أداء ولا يشعرون بالنقص. وفى حالة حسن الأداء فإن المستمعين يشجعون الفريق، وهذا فيه إثابة ذات قيمة تدعيمية عظيمة . ويلاحظ أن الأداء الموسيقى يتطلب تدريبا مسبقا فى لقاءات (٢ ـ ٣ أسبوعيا لمدة ساعة مثلا) على مقطوعات شائعة وأغان شعبية تختار عادة من بين الموسيقى والأغانى المرحة المتفائلة. ويمكن أن يقود الفريق أو الكورال أحد المرضى بصفة دورية أو متكررة . وهذا يحسن ديناميات الجماعة بتحسين التفاعل وزيادة الثقة فى حسن الأداء والنجاح والقيمة. وفى بعض المستشفيات يتم بالفعل تكوين أوركسترا تضم عددا من المرضى. ويفيد الأداء الموسيقى العلاجى Executive Iatromusic فى فترة العلاج وفترة التأهيل.

ـ العلاج بالابتكار الموسيقى: Creative Musical Therapy يرتكز هذا الأسلوب على الخبرات المؤثرة (المثيرة للمشاعر) حيث يحدث التنفيس الانفعالى إما بالتأليف الموسيقى (الارتجالى) أو بالغناء. والموسيقى هنا تعتبر وسيلة تحويل انفعالى ينفس الصراعات الشخصية والاجتماعية. ويمكن المزج بين الأداء الموسيقى والابتكار الموسيقى للتعبير عن الانفعالات القوية (المرح والحزن والغضب والاشمئزاز... إلخ)، ويمكن أن يتم ذلك من خلال الدراما النفسية أثناء الأداء نفسه. وهنا يشجع المريض (أو المرضى) على اختيار التعبير الموسيقى لمقطوعات موسيقية وإيقاع الحركات التى تؤدى.

العلاج بالسمع الموسيقى والإيقاع الحركى:

وهنا تستخدم الموسيقى مع الإيقاع الحركى لتصريف المشاعر الداخلية الكامنة، وتصريف الشحنات والتخلص من الضغوط الداخلية بحرية الحركة المصاحبة للموسيقى. ويبدأ هذا الأسلوب بموسيقى قوية نشطة تحرك جميع أعضاء الجسم وتؤدى إلى الشعور بحب الحياة وتنشيط القلب، وتحقيق التوافق والانسجام بين نشاط الجسم الداخلى والعالم الخارجى.

العلاج بالموسيقى مندمجا مع طرق العلاج النفسى:

يستند العلاج بالموسيقى إلى نظريات العلاج النفسى ويتخذ منها إطارا مرجعيا. وهذا يتيح

للعلاج بالموسيقى الاندماج من طرق العلاج النفسى الأخرى التى تقوم على أساس تلك النظريات. وفيما يلى أمثلة على ذلك:

هناك العلاج التحليلى بالموسيقيAnalytical Music Therapy ، ويتضمن استخدام الكلمات والموسيقى المرتجلة من جانب كل من المريض والمعالج للكشف عن الحياة الداخلية للعميل ولتيسير نموه. وفى أول الأمر يتكلم المريض عن أى شئ يبدو مهما بالنسبة له شخصيا. ومن هذه المادة يختار المعالج مع المريض عنوانا للموسيقى المرتجلة، ثم يتيح فرصة التعبير الحر عن المواد اللاشعورية عن طريق الخيالات والذكريات والانفعالات التى تبزغ فى شعور المريض أو كانفعال لا شعورى منقول من المريض إلى المعالج فى شكل تحويل أو تحليل تحويل (مارى بريستلى Pristly، ١٩٨٠).

وهناك تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج المركز حول العميل حيث تستخدم الموسيقى لتمكن العميل من التعبير عن نفسه وخبراته الداخلية (إدوارد أسموس وجانيت جيلبيرت Asmus & Gilbert ، ١٩٨١).

وهناك أيضا تطبيق العلاج بالموسيقى فى إطار طريقة العلاج السلوكى، وفى إطار طريقة العلاج بالواقع (انظر باربارا ويلر Wheeler، ١٩٨١).

الموسيقى كعلاج مساعد:

تستخدم الموسيقى كعلاج مساعد مشترك Combined مع طرق العلاج الأخرى سواء العلاج الطبى النفسى أو العلاج الطبى مما يدعم أثرها . وفى هذه الحالة لا تكون الموسيقى هى النشاط الرئيس فى عملية العلاج، ولكنها تكون علاجا مصاحبا لأنشطة علاجية أخرى. ويحتاج الأمر إلى اختيار مقطوعات موسيقية تتفق مع العلاج المصاحب.

وقد استخدمت الموسيقى كعلاج مساعد فى إحداث وإنهاء التنويم الإيحائى. وقد كان أنطون ميسمر Mesmer يعزف بنفسه أحيانا على الهارمونيكا موسيقى هادئة ومنومة عند إحداث حالة التنويم ثم مرحة ومنشطة عند إنهائها. وقد عرف هذا باسم التنويم الإيحائى الموسيقى Musical Hypnosis .

وتدخل الموسيقى ضمن البرنامج العلاجى فى مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية حيث يقسم المرضى إلى فئات حسب شخصياتهم وأمراضهم، ويقدم لكل فئة العلاج المناسب.

والعلاج بالموسيقى يعتبر أساسيا فى العلاج بالترويح. ويمكن أن تصبح الموسيقى إحدى

هوايات المريض. وتدخل الموسيقى فى عملية العلاج باللعب خاصة فى حالات الأطفال. ويصاحب العلاج بالموسيقى العلاج بالعمل.

والعلاج بالموسيقى مهم عندما يزاوج بينه وبين العلاج النفسى التربوى للأطفال، وبينه وبين الإرشاد النفسى خلال وقت الفراغ (حامد زهران، ١٩٨٠).

والموسيقى علاج مساعد مفيد أيضا فى أساليب العلاج الجماعى مثل العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى (السيكودراما) والرقص العلاجى الجماعى Remedial Dances خاصة ما يكون منه شعبيا.

والعلاج بالموسيقى الهادئة له أثر فعال عندما يصاحب العلاج بالاسترخاء Relaxation Therapy.

والعلاج بالموسيقى له قيمة كبيرة فى العلاج النفسى التحررى Liberating Psychotherapy حيث يقلل من آثار سيطرة الاضطرابات الانفعالية والأفكار الوسواسية والهذاءات والهلوسات وسيطرة السلوك الغريزى.

ويفضل الجراحون استخدام الموسيقى الهادئة أثناء إجراء العمليات الجراحية. وفى أفريقيا تستخدم الموسيقى الصاخبة (غالبا موسيقى الطبول) أثناء عملية الختان (خاصة وأنها تجرى فى مرحلة المراهقة أحيانا). وكذلك تستخدم الموسيقى فى جراحات الفم والأسنان.

والعلاج بالموسيقى مهم فى فترة النقاهة بعد العلاج النفسى أو الطبى النفسى أو الطبى.

أشكال العلاج بالموسيقى:

هناك شكلان متكاملان للعلاج بالموسيقى:

- **العلاج الفردى بالموسيقى:** Individual Music Therapy ويتضمن التفاعل الموسيقى Musical interaction بين المعالج والمريض. ويركز على استغلال النشاط والحساسية الموسيقية للمريض والمعالج. ويهتم بتعديل بعض الاستجابات وأنماط السلوك المرضى فى إطار الخبرات الشخصية الفردية للمريض.

- **العلاج الجماعى بالموسيقى:** Group Music Therapy، ويأخذ شكل عزف جماعى أو غناء أو هما معا (فريق أو كورس أو كورال)، وهذا يشجع المشاركين المشتركين المتقاربين فى مشكلاتهم واضطراباتهم ويستثير حماسهم واهتمامهم، وينشط حياتهم العقلية والانفعالية. ويصاحب العلاج الجماعى بالموسيقى أنشطة عملية جماعية وعلاقات اجتماعية. وتستخدم

الإثابة والتغذية الراجعة لرفع الروح المعنوية، كلما شارك الأفراد فى النشاط الموسيقى للجماعة بنجاح . وتكون الخبرة الموسيقية الجماعية متضمنة خصائص انفعالية درامية وانتباها عقليا وتآزرا حسيا حركيا بالإضافة إلى الفائدة المؤكدة من الناحية الاجتماعية . وقد تدخل الموسيقى مع التمثيل النفسى (السيكودراما) كمشاركة ، ويلعب الأفراد أدوارهم فى نشاط ومسئولية وتعاون . وحين تتم المشاركة فى خبرة جماعية مرنة سارة وجذابة كالغناء الجماعى مع العزف أو التمثيل المسرحى مع الغناء والعزف، فإن هذا يتيح فرصة نمو السلوك الاجتماعى التوجيهى حين يتوافق أداء الفرد مع أداء الآخرين. وفى الإطار الجماعى يهتم المعالج بكل فرد مراعيا حاجاته وقدراته ومشكلاته الشخصية. فقد يكون أحدهم يحتاج استثارة والآخر تنظيما والثالث يحتاج استعادة ثقته بنفسه... وهكذا.

استخدامات العلاج بالموسيقى:

يستخدم العلاج بالموسيقى مع الجميع مهما اختلف المرض أو العمر أو الحالة الاجتماعية الاقتصادية ويستخدم مع كثير من الحالات، وفيما يلى أمثلة لذلك:

حالات المشكلات:

فى حالات الاضطرابات السلوكية يدور البرنامج العلاجى الموسيقى حول خفض السلوك المضطرب وزيادة السلوك السوى فى حالات تأخر النمو، وتحسين التفاعل الاجتماعى واجتذاب العميل نحو أنماط أفضل من السلوك . ويلاحظ أن الموسيقى تيسر الاتصال بالفرد المنسحب أو المنطوى أو المتباعد. كذلك فإن الفرد المضطرب سلوكيا يستجيب للإيقاع المنتظم والحركات الإيقاعية. ومعروف أن الموسيقى المهدئة تخفض درجة التوتر وتحقق الاسترخاء. وقد ثبت نجاح العلاج بالموسيقى فى حالات الجناح (سوزان هانسر Hanser، ١٩٨٣).

وفى حالات الاضطرابات العاطفية، نجد أن الموسيقى تستهويهم بما تتضمنه من لغة انفعالية. ويوضع لهم برنامج موسيقى بهدف تفريغ الطاقة الانفعالية العدوانية أو الهجومية حسب الحالة. وهنا يمكن أن تلعب الموسيقى الارتجالية دورا أساسيا. هذا وتساعد الموسيقى على إخراج الطاقة الزائدة من الجسم وتساعد على التخلص من التوتر النفسى الذى يسبب الاضطراب العاطفى ويصاحبه.

وفى اضطرابات النوم مثل حالات الأرق، تفيد الموسيقى الهادئة والمنومة. فهى تؤدى إلى الميل للنعاس.

وفى أمراض الكلام، تستخدم الموسيقى والغناء لتدريب اللسان وتحسين النطق. وقد ثبت نجاح العلاج بالموسيقى فى تحسن حالات الحبسة (احتباس الكلام).

وفى حالات التخلف العقلى، يقبل الأطفال على الأنشطة الموسيقية بدرجة أكبر من الأنشطة الأخرى. وحسب حالة كل متخلف يعد برنامج تعليم علاجى بالموسيقى، لتحقيق تغيرات سلوكية مرغوبة تساعد فى التوافق. والموسيقى كلغة لا كلامية تناسب المتخلفين عقليا بسبب افتقارهم فى معظم الحالات إلى القدرة الاتصالية . والاتصال الموسيقى يكسر حاجز اللغة بالنسبة لأفراد هذه الفئة. ويفضل المتخلفون عقليا العلاج الجماعى بالموسيقى، حيث يشعر المتخلف المشترك فيه بقيمته الذاتية وبعضويته فى الجماعة ويشعر بالإنجاز والنجاح وبالتالى بالرضا وتقدير الذات. ويلاحظ التأثير الحسن للأداء الموسيقى فى الوظائف النفسية الحركية وفى الاستجابات العصابية. والموسيقى التى تقدم للمتخلفين عقليا تكون خالية من الفكر المجرد. وأنسب المقطوعات الموسيقية للمتخلفين عقليا هى الألحان البسيطة مع بعض التكرار ومصاحبة الإيقاع الحركى والاستماع والغناء البسيط والعزف البسيط إن أمكن. وبطبيعة الحال تكون الموسيقى والأداء بسيطا مثل التصفيق أو الحركة البسيطة المصاحبة للموسيقى أو دق الطبول أو استخدام المثلث أو الإكسليفون والغناء البسيط.

وفى حالات بطء التعلم والتخلف الدراسى، تعتبر الموسيقى عنصرا مشوقا للتلاميذ الذين لا يقبلون على المواد الدراسية، وتؤدى إلى تغيرات إيجابية فى مستوى السلوك الاجتماعى ومستوى التحصيل ومستوى السلوك الانفعالى ومستوى الأداء الحركى ومستوى القدرة الإدراكية (فيرنر بروبست Probst ، ١٩٨٤).

وفى حالات الإعاقة - بصفة عامة - نجد أن الموسيقى من أنجح وسائل الاتصال بالمعوق ويلاحظ أن للأداء الموسيقى قيمة علاجية حيث يؤثر تأثيرا واضحا فى نمو المعوق. وكذلك فإن للأداء الموسيقى قيمة تعويضية مطلوبة خاصة فى العزف والاشتراك فى العزف الجماعى، حيث يشعر المعوق بقيمته كعضو عامل وهام فى الجماعة، ويكسبه الثقة فى نفسه ويشعره بقيمته، ويجعله يقبل أكثر على الحياة . و الموسيقى تقدم للمعوق شيئا يستطيع أن يفهمه وأن يتجاوب معه وأن يستمتع به وأن يفسره كما يشاء هو وحسب إمكاناته دون خوف أو قلق، وهى قد تغيره من شخص منسحب إلى نجم اجتماعى (بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins، ١٩٨٥).

وبطبيعة الحال فإنه فى حالات الإعاقة تستخدم الآلات الموسيقية البسيطة التى تناسب الإعاقة.

وفى حالات العميان بصفة خاصة تفيد الموسيقى ـ كفن مسموع ـ يحقق تكامل الأساليب السمعية والإحساس بالحركة، ويساعد على الانطلاق والثقة بالنفس والنمو النفسى والاستقلال الاقتصادى . وفى حالة الإعاقة الجسمية، مثل حالات القصور الحركى كعجز حركة الساقين أوالذراعين، تفيد الموسيقى المنشطة بمصاحبة تدريبات حركية رياضية لتقوية العضلات مما يساعد على استخدام الأطراف بطريقة معبرة، ويساعد فى ذلك الإيقاع وبناء اللحن ممايؤدى إلى التآزر الحركى والتحكم المطلوب.

حالات العصاب:

فى حالات القلق يخفف العلاج بالموسيقى من حالة التوتر النفسى والخوف المختلط بالقلق.

وفى حالات الخوف تفيد السعادة التى تصاحب الموسيقى فى التخفف من الخوف المرضى.

وفى حالات الاكتئاب تتم الاستفادة إلى أكبر درجة من الموسيقى المنشطة والسارة والمرحة التى تنشط المريض وتطرد الأفكار الحزينة. وقد ثبت نجاح آلات مثل الفلوت والهارب فى رفع الروح المعنوية لمرضى الاكتئاب.

وفى حالات الهيستيريا (خاصة التشنجات) يكاد أثر التيار الموسيقى يشبه أثر التيار الكهربائى العلاجى.

وفى حالات توهم المرض يساعد العلاج بالموسيقى على إخراج المريض من الاستغراق فى ذاته وإبعاده عن التركيز على أعراض جسمية ليس لها أساس عضوى.

وفى حالات عصاب السجن تخفف الموسيقى الكثير من معاناة المريض.

حالات الذهان:

أفضل آثار العلاج بالموسيقى فى حالات الذهان هى حين يجمع بينه وبين العلاج النفسى والعلاج الطبى (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٣).

وفى حالات الفصام يفيد العلاج المساعد بالموسيقى للتغلب على الذاتية وانغلاق الذات والاجترار العقلى والتفكير الاجترارى. وتستخدم الموسيقى المهدئة فى حالات الفصام الحركى الهياجى، وتستخدم الموسيقى المنشطة فى حالة الفصام الحركى التخشبى.

وفى حالات الأطفال الذهانيين الذين يعيشون فى عزلة عن العالم (الأطفال التوحديين) تكون الموسيقى وسيلة دخول ممتازة إلى شعور الطفل ووعيه.

وفى حالات الهوس، تهدئ الموسيقى المريض المتهج وتستدرجه إلى الهدوء بل إلى النوم.

وفى حالات الذهول يعرض المريض لتآلفات موسيقية جميلة تجذب انتباهه واستماعه.

حالات المرض النفسى الجسمى:

فى حالات اضطراب الجهاز الدورى ـ حيث ثبت وجود علاقة قوية بين الإيقاعات الموسيقية وبين إيقاعات ضربات القلب ـ تزيد الموسيقى الصاخبة ضربات القلب، بينما تنقصه االموسيقى الهادئة. وفى حالات ارتفاع ضغط الدم ترفعه الموسيقى المنشطة والصاخبة.

وفى حالات اضطراب الجهاز الغددى توثر الموسيقى تأثيرا طيبا فى علاج اضطراب إفراز الغدد.

وفى حالات اضطراب الجهاز التنفسى، يمكن الاستعانة بالموسيقى السريعة أو البطيئة لإسراع أو إبطاء التنفس حسب المطلوب.

حالات المرض العضوى:

يفيد العلاج بالموسيقى فى علاج القلق والخوف من الموت فى حالات الأمراض المزمنة والخطيرة كالسرطان (ترودى فاجين Fagen ، ١٩٨٢).

وثبت أن للعلاج بالموسيقى فائدة فى تخفيف حدة الشعور بالألم وتخفيض القلق السابق لإجراء العمليات الجراحية. وفى مجال طب التوليد تستخدم جلسات العلاج بالموسيقى من ٤ ـ ٨ أسابيع قبل الولادة حيث تستخدم الموسيقى المحببة لتخفيف آلام الوضع عند سماعها (سوزان هانسر Hanser، ١٩٨٣).

وفى حالات الضعف العضلى، تستخدم الآلات المناسبة مثل آلات الإيقاع لتقوية حركة اليدين، والآلات الوترية لتقوية عضلات اليد والأصابع ، وآلات النفخ لتقوية عضلات البطن والتنفس... وهكذا.

وفى علاج الأسنان، تستخدم الموسيقى لتؤدى إلى الاسترخاء الذى يهدئ المريض ويشعره بالراحة ويجذبه إليها، و يبعد عنه الإحساس بالألم. هذا طبعا بالإضافة إلى استخدام المخدر.

وفى حالات الغيبوبة تفيد المقطوعات الموسيقية المنشطة والمحببة.

وتفيد الموسيقى فى تنشيط يقظة المخ بصفة عامة. وقد ثبت فعالية ذلك إلى حد ما فى حالات إصابات المخ الشديدة، وفى حالات الشلل المخى.

بحوث ودراسات سابقة:

* عكف علماء النفس بصفة عامة، وعلم النفس الموسيقى بصفة خاصة، وعلم النفس الفسيولوجى على دراسة أثر الموسيقى فى السلوك مرورا بأثرها فى السمع والأعصاب ودراسة طبيعة الأحاسيس والمشاعر لدى المستمع للألحان الموسيقيةودراسة الجوانب الفيسيوجية والوجدانية والتذوقية للموسيقى،واهتموا أيضا بدراسة القدرة الموسيقية.

قام سوبشاك Sopchack (١٩٥٥) بدراسة الفروق الفردية فى الاستجابة للأنماط الموسيقية المختلفة وعلاقتها بعدد من المتغيرات، وأنشأ اختبار التأثير الانفعالى الموسيقى وهو يتكون من مختارات موسيقية متنوعة (مأثورة Classic وشائعة Popular وشعبية Folklore) ومعها قائمة للخصائص التأثيرية الانفعالية لهذه المقطوعات يستجيب لها المفحوص. واستخدم الاختبار مع عينات من النساء والرجال . ووجد أن الاستجابات للموسيقى تتباين بالنسبة إلى كون الموسيقى مأثورة أو شائعة أو شعبية. ووجد أن استجابة المفحوص تعين حالته الانفعالية. فالمفحوص المنشرح الصدر يستجيب بما يعبر عن التفاؤل والمرح، بينما الحزين يستجيب بما يعبر عن التشاؤم والاكتئاب.ولم توجد فروق بين الجنسين فى الاستجابات الانفعالية على الاختبار المستخدم.

وفى بحث مارثا بانكس Banks (١٩٨١)، تمت دراسة علاقة الانفعالات بالموسيقى من وجهة نظر العلاج بالموسيقى. واستخدمت مثيرات موسيقية متنوعة من حيث الإيقاع والزمن والآلات. وتعرضت عينة لاستماع الأنواع المختلفة من الموسيقى، وطلب إلى الأفراد تقييمها من حيث ارتباطها بثمانية انفعالات على مقياس تقدير. والانفعالات هى : الاهتمام، الاستمتاع، الاندهاش، التوتر، الاشمئزاز، الغضب، الخجل ، الخوف. وأوضحت الدراسة أن الموسيقى تثير الانفعالات فعلا، وأن الزمن Tempo له علاقة دالة بالنسبة لانفعالات: الاهتمام والاستمتاع والتوتر، وأن السياق الموسيقى Musical Context مهم بالنسبة للتغيرات الانفعالية، حيث وجد أن التغير فى الزمن من بطئ إلى سريع يستثير انفعال التوتر.

وفى بحث بربلماير Preblmayer (١٩٨٥)، تمت دراسة مدى التطابق بين الانفعال والتعبير الموسيقى. وتم عرض ٤٠ مقطوعة موسيقية للتحكيم فى ضوء عدد من المحكات ذات المقاييس التساعية. وتكونت جماعة للتحكيم من ٦٠ دارسا للموسيقى (فى فيينا بالنمسا)، وكان من بينهم (٢٠ مصريا) . وكان من بين المحكات: التنشيط، وإثارة الانفعال، والإحباط والتهدئة. ووجد أن هناك علاقة دالة بين التعبير الموسيقى وهذه المحكات.

* وأجرى العديد من البحوث لدراسة مدى فعالية العلاج بالموسيقى فى علاج المشكلات والعصاب والمرض النفسى الجسمى والمرض العضوى.

ففى دراسة بول نوردوف وكليف روبينز Nordoff & Robbins (١٩٨٥) عن العلاج بالموسيقى مع الأطفال المعوقين استخدم العلاج الفردى بالموسيقى وكذلك العلاج الجماعى بالموسيقى مع مجموعة من المعوقين عددهم ٧٥ تتراوح أعمارهم بين ٤ ـ ١٧ سنة ومقيمين إقامة داخلية فى إحدى مدارس المعوقين، وكانت إعاقاتهم عقلية (خاصة فئة المنغولية)، وكلامية (خاصة الحبسة) وإعاقات متعددة. وتخلل البرنامج التربوى والعلاج بالموسيقى رحلات وزيارات لمعاهد المعوقين . وقد أظهرت النتائج فعالية العلاج بالموسيقى مع هذه الفئات من المعوقين.

وفى بحث كريستين هاردينج وكيث بالارد Harding & Ballard (١٩٨٢) أجريت دراسة لمعرفة مدى فعالية العلاج بالموسيقى على عينة من الأطفال المعوقين جسميا فى سن ما قبل المدرسة تتراوح أعمارهم بين ٣ ـ ٥ سنوات ولديهم عيوب فى النطق واستخدم معهم العلاج بالأنشطة الموسيقية. ولوحظ تحسن فى استجابتهم للأسئلة، وتحسن فى مبادأة الحديث.

وفى بحث تريسيا كراوس وهيرب جالواى Krauss & Galloway (١٩٨٢) استخدم العلاج بالموسيقى مع العلاج الكلامى مع حالتين من الأطفال سمعهما عادى ولكنهما يعانيان من عجز الحركة وتحسنت حالتهما نتيجة للعلاج.

واهتم بحث ستورن شيفلى Shively (١٩٨٥). بدراسة الآثار العقلية المعرفية والسلوكية للموسيقى على عينة من الأطفال زائدى النشاط Hyperactive children عددهم ٣٢ وتتراوح أعمارهم بين ٦ ـ ١٤ سنة. وتعرض الأطفال لواحد من أربعة أساليب للعلاج بالموسيقى تختلف حسب الشدة (مرتفع ـ منخفض) وحسب الزمن (سريع - بطئ) . والأساليب الأربعة هى : موسيقى مرتفعة وسريعة، موسيقى مرتفعة وبطيئة، موسيقى منخفضة وسريعة، وموسيقى منخفضة وبطيئة. وطلب من أفراد العينة القيام بعمل عقلى معرفى أثناء العلاج بالموسيقى وأثناء عدم استخدام الموسيقى. ولم تظهر النتائج فروقا جوهرية بين أساليب الموسيقى الأربعة، ولم تظهر فروق جوهرية بين استخدام الموسيقى وعدم استخدامها مع هذه الفئة من الأطفال .

وقامت جودى ويزمان Weissman (١٩٨٢) بتصميم نموذج لتخطيط برنامج نشاط موسيقى لمقابلة حاجات وتحقيق أهداف علاجية لجماعة من المسنين. وتم تحديد الحاجات والأهداف العلاجية: الحسية والإدراكية والحركية والعقلية والاجتماعية والانفعالية وصورة الذات. واستخدم أسلوب تحليل النشاط فى اختيار وتصميم الأنشطة الموسيقية المستخدمة فى العلاج.

وتضمن هذا كله برنامجا علاجيا اشتمل على ٥٠ هدفا علاجيا و ١٨٥ هدفا سلوكيا و ٣٠ نشاطا موسيقيا و ٢٠ نشاطا موسيقيا للأفراد المسنين (تحت الرعاية). وأثبت البحث فعالية البرنامج مع المسنين.

وأجرى ستيفين رونر وريتشارد ميلر Rohner & Miller (١٩٨٠) دراسة عن إمكانات استخدام الموسيقى لخفض القلق لدى مجموعة من مرتفعى القلق عددهم ٣٢١ فردا. واستخدم العلاج بالموسيقى مقابل عدم استخدامه مع جماعة ضابطة. ووجد أن الموسيقى فى مقابل لا موسيقى لا تخفض القلق.

وفى بحث جودى ليفين ـ جروس وروبرت سوارتز Levine - Gross & Swarts (١٩٨٢) استخدم مقياس القلق كحالة وكسمة مع ١١ مريضا مزمنا متوسط أعمارهم ٤و٥٨ سنة قبل وبعد علاج جماعى لمدة ٨ أسابيع لتحديد ما إذا كان الاشتراك فى العلاج بالموسيقى يؤدى إلى إحداث تغييرات فى سمة وحالة القلق لدى الأفراد. واستخدم ٨ أفراد كجماعة ضابطة. وكان هدف العلاج بالموسيقى هو تخفيض سمة وحالة القلق بدرجة أكبر من مجرد الاكتفاء بالعلاج الجماعى، حيث يساعد العلاج بالموسيقى على التفاعل الاجتماعى ويشجع على تنفيس المشاعر والتوترات . وقد أكدت النتائج تحقيق هذا الهدف.

وأجرى جون جارمو Garmo (١٩٨٤) بحثا لدراسة أثر الزمن والميزان الموسيقى فى تخفيض القلق. واستخدم مقطوعات موسيقية تختلف فى الزمن Tempo (بطئ ـ سريع) والميزان Meter (ثلاثي 3/4، رباعى 4/4). أما الخصائص الأخرى للمقطوعات الموسيقية فكانت متماثلة مثل: النسيج والخط اللحنى والهارمونية والبناء وعلو الصوت والطابع. وتكونت العينة من ٤٠ فردا نصفهم موسيقيون ونصفهم غير موسيقيين يعانون من القلق على أساس استخدام قائمة القلق الحالة والسمة State Trait Anxiety Inventory. ووضع كل فرد فى خمس خبرات موسيقية: زمن سريع ميزان ثلاثى، زمن سريع ميزان رباعى. زمن بطئ ميزان ثلاثى، زمن بطئ ميزان رباعى، لا موسيقى. وطبق اختبار القلق بعد كل خبرة. وأظهرت النتائج أن الموسيقى بصفة عامة تخفف القلق بدرجة أكبر من عدم استخدامها. ولكن لم تظهر فروق جوهرية بين أثر الزمن والميزان حيث كان قد افترض أن الموسيقى ذات الزمن البطئ تخفض القلق بدرجة أفضل من الموسيقى ذات الزمن السريع، وأن الموسيقى ذات الميزان الثلاثى تخفض القلق بدرجة أفضل من الموسيقى ذات الميزان الرباعى.

واستخدمت ليندا بيرن Byrne (١٩٨٢) العلاج بالموسيقى مع سيدة مسنة (٧٨سنة) تعانى من الاكتئاب. وعلى مدى ٧ جلسات كل جلسة ساعة، استخدمت موسيقى البيانو ومقطوعات

موسيقية منشطة مسجلة. وطبق على الحالة مقياس الاكتئاب للكبارGeriatric Depression Scale قبل العلاج وبعده. ولوحظ تحسن الحالة بعد العلاج.

وقام بروس ألبيرت Albert (١٩٨٠) بدراسة آثار الموسيقى المهدئة والمنشطة ووجود المعالج وغيابه على الهلوسات السمعية. وكانت العينة ٨ مرضى ذهانيين لديهم هلوسات سمعية. وتعرض كل واحد منهم لأربع جلسات مدة كل منها ٢٨ دقيقة، منها ١٤ دقيقة سماع موسيقى إما مهدئة وإما منشطة و ١٤ دقيقة بدون موسيقى. وحضر المعالج فى جلستين وغاب فى جلستين. وأظهر البحث أن الهلوسات السمعية تقل مع وجود الموسيقى المهدئة مع و جود المعالج.

وأجرى كلايد سكيلى وجورج هاسليرود Skelly & Haslerud (١٩٥٢) بحثا عن الموسيقى والفعالية العامة عند عينةمن الفصاميين المتبلدين،ودرسا ردود فعل الفصاميين لسماعهم لمقطوعات موسيقية.وتوصل الباحثان إلى نقص قدرة الفصاميين على التفكير المجرد، ونقص قدرتهم على تكوين الصور الخيالية خلال الإنصات للموسيقى.

وقامت نبيلة ميخائيل (١٩٧٣) ببحث عن تأثير الموسيقى فى تخفيف آلام المرضى، لدراسة مدى تأثير الموسيقى على الإنسان نفسيا وفسيولوجيا، وإمكانية استخدامها بشكل علمى مدروس فى العلاج . واستخلصت التأثيرات المختلفة للموسيقى وفقا لصفاتها سواء كانت موسيقى حزينة أو راقصة أو هادئة أو منومة، مع تحديد نماذج لبعض المقطوعات المتعلقة باختلاف الاستجابات. وتم الاهتمام بعرض وتقييم النتائج العالمية المتعلقة بالعلاج بالموسيقى خاصة فى مجال الأمراض العضوية والنفسية، والعلاقة بين العلاج بالموسيقى وأساليب العلاج الأخرى. وركزت الدراسة العملية على تأثر ضغط الدم الشريانى خفضا ورفعا. وأظهرت النتائج أن الجرعة الموسيقية العلاجية لرفع ضغط الدم ترفعه أثناء سمع الموسيقى، وأن تأثير الموسيقى هو نفس تأثير الدواء بعد ستة أيام من تعاطى المريض له.

وقامت نبيلة ميخائيل (١٩٧٨) ببحث آخر عن الموسيقى وعلاج الأمراض العضوية. وأجرت تجارب عملية عن أثر الموسيقى على نسبة الكورتيزون فى الدم ثم على ضغط الدم الشريان والنبض تحت مؤثرات مختلفة. وتم ذلك على عدد من مرضى مستشفى القصر العينى (١٨ فردا عينة ضابطة، ١٨ فردا عينة مع الموسيقى الهادئة، ١٨ فردا عينة مع الموسيقى الصاخبة). وأظهرت النتائج أن الموسيقى المهدئة تؤدى إلى خفض كل من ضغط الدم وسرعة النبض ونسبة الكورتيزون فى الدم، وأن الموسيقى الصاخبة تؤدى إلى رفعها.

* وتناولت البحوث أساليب العلاج بالموسيقى المتنوعة، والعلاج بالموسيقى فى إطار طرق علاجية أخرى.

ففى البحث الذي أجراه بروس هوارد Howard (١٩٨١) درس آثار الاستماع إلى مقطوعات موسيقية معدة مسبقا على مدى عمق وتكرار كشف الذات Self - disclosure. وكان عدد أفراد العينة ٧٢ طالبا جامعيا تتراوح أعمارهم بين ٢١ ـ ٢٦ سنة (بمتوسط ٢٣ر٤ سنة) حصلوا على درجة متوسطة على استفتاء جورارد لكشف الذات. وقسمت العينة إلى ثلاث جماعات: جماعة استماع للموسيقى (طلب منهم سماع موسيقى)، جماعة سمع الموسيقى (نفس الموسيقى موجودة ولم يطلب منهم الاستماع إليها)، جماعة ضابطة (بدون موسيقي). وأعطى للجماعات تعليمات لكشف الذات. وبعد تعريض الجماعتين الأولى والثانية للموسيقى طلب من أفراد العينة الحديث عن أنفسهم . وطبق عليهم استفتاء جرين لكشف الذات (تكملة جمل) Green's Sentence Completion Blank for Measuring Self - Disclosure، وأجرى مع كل منهم مقابلة. وقيمت نتائج المقابلة فيما يتعلق بمدى الكشف عن الذات على مقياس خماسي. ووجدت فروق دالة بين جماعتى الاستماع للموسيقى والجماعة الضابطة (بدون موسيقي) فى تكرار كشف الذات. أى أن الاستماع إلى الموسيقى يزيد من تكرار كشف الذات.

وقام مايكل ستوبس Stubbs (١٩٨٢) ببحث لدراسة آثار الخلفية الموسيقية على كشف الذات. وقدمت الموسيقى فى ثلاثة أشكال: آلية فقط، غناء فقط، آلية وغناء معا. وتم قياس كشف الذات عن طريق الإشارة إلى الذات ومدى خصوصية الكشف عن الذات ومعدل الكشف عن الذات. وكانت عينة الدراسة ٤٨ طالبا جامعيا تتراوح أعماهم بين ١٨ ـ ٢٥ سنة (بمتوسط ٢٠ر٣سنة) ولم يتعرض أى منهم للعلاج النفسى لمدة عام كامل قبل إجراء الدراسة. وأظهرت النتائج أن وجود الخلفية الموسيقية يؤدى إلى مزيد من كشف الذات أكثر من عدم وجودها. ووجد أيضا أن وجود كل من الخلفية الموسيقية والغناء يؤدى إلى مزيد من كشف الذات أكثر من الموسيقى وحدها والغناء وحده وعدم وجود أى منهما. وهكذا أوضح البحث أن الموسيقى لها تأثيرها الفعال فى زيادة الكشف عن الذات من خلال زيادة الإشارة إلى الذات وزيادة خصوصية الكشف عن الذات وزيادة معدل الكشف عن الذات.

وقامت فيرجينيا كيبلر Kibler (١٩٨٣) ببحث لدراسة أثر الموسيقى وأثر استرخاء العضلات وأثرهما معا على خفض التوتر. وكانت العينة ٧٦ طالبا فى ثلاث جماعات متكافئة . وتلقت كل جماعة إما موسيقى مهدئة Sedative Music أو استرخاء عضلى Muscle Relaxation أو موسيقى مهدئة مع استرخاء عضلى كعلاج. واستخدم انقباض الأوعية الدموية لقياس مستوى

التوتر قبل وبعد التدخل العلاجي. وأظهرت النتائج تحسنا فى حالة الموسيقى المهدئة مع الاسترخاء العضلى.

وقامت نانسى ويلز Wells (١٩٨٤) بدراسة أثر الموسيقى كمثير فى كتابة القصة فى جماعة من المراهقين المشتركين فى العلاج النفسى الجماعى بينما تعزف الموسيقى أثناء الكتابة الابتكارية. وطلب من كل فرد أن يؤلف قصة من اختياره وابتكاره. ووجد أن الأفراد الذين لم يكونوا مقبولين من جانب الجماعة فى العلاج الجماعى العادى تحسن قبولهم فى حالة إضافة الموسيقى إلى العلاج النفسى الجماعى.

وفى بحث فلورنس تيسون Tyson (١٩٧٩) تمت دراسة حالة امرأة عمرها ٢٧ سنة مريضة بالفصام تخاف أن يعتدى عليها أحد وتعانى من الاكتئاب والانسحاب إلى الخيالات، وترفض الموسيقى (وهى تخصصها) كإحدى صور رفضها لذاتها. واستخدم العلاج بالموسيقى مع العلاج بالواقع فى علاج الحالة بنجاح.

وقدم جون جاجنون Gagnon (١٩٨٥) بحثا حول استخدام أسلوب الجشطلت الموسيقى Musical Gestalten فى العلاج النفسى مع مجموعة من الموسيقيين الذين يعانون من صراعات نفسية فى إطار طريقة العلاج الجشطلتى. ووجد أن المقطوعات الموسيقية العلاجية لها خاصية شاملة الصيغة (جشطلت) يدركها المستمع ويعرف من خلالها العمليات النفسية الداخلية للموسيقار. ووجد أن الجشطلت الموسيقى يفيد فى عملية تشخيص الصراعات النفسية لدى الموسيقيين، ويفيد فى علاجهم، ويحسن أداءهم الموسيقى.

* وبذلت الجهود البحثية لإنشاء اختبارات تستخدم فيها الموسيقى للتشخيص والعلاج.

فقد أنشا ضياء الدين أبو الحب (١٩٥١) اختبار التقمص الوجدانى الموسيقى وهو وسيلة إسقاطية تقدم فيه مقطوعات موسيقية ويطلب من المفحوص ذكر الأفكار والذكريات التى ترد إلى ذهنه عند استماعه إليها.

ووضع كينيث بين Bean (١٩٦٥) اختبار القصص الموسيقية. و هو اختبار إسقاطى سمعى يتكون من ١٦ مثيرا موسيقيا. ويطلب من المفحوص بعد سماع كل واحد أن يحكى قصة خيالية مستوحاة مما سمع. وبتحليل القصص يمكن التوصل إلى ديناميات الشخصية. وبتطبيق الاختبار على عينات من الأسوياء والذهانيين (الفصاميين) وجدت فروق دالة إحصائيا ولم توجد فروق بين الذكور والإناث فى جماعة الأسوياء.

وقام ضياء الدين أبو الحب (١٩٦٧) بإنشاء الاختبار الموسيقى الإسقاطى. وهو يتكون من

خمس مختارات موسيقية هى: كونشيرتو البيانو رقم ٢٠ (الحركة الأولي) (Mozart)، السيمفونية الرابعة (الحركتين ٣، ٤) (Brahms)، السيمفونية رقم ٧ (الحركة ٤) (Beethoven)، السيمفونية رقم ٦ (Pathetique)، (الحركة ٤) (Tchaikovsky)، (الحركات ١، ٢، ٣) (Stravinsky). وبعد الاستماع إلى كل مقطوعة يستجيب المفحوص على استمارة تشتمل على: المشاعر التى تستثيرها المقطوعة، درجة حب المقطوعة، القدرة على التعرف على عنوان المقطوعة واسم مؤلفها. وكان الهدف من الاختبار هو التميز بين الفئات الكلينيكية (العصابيين والذهانيين). وأوضحت النتائج أن الموسيقى تصلح أداة إسقاطية لقياس الشخصية، وخاصة الجوانب اللاشعورية منها، وأن الاختبار الإسقاطى الموسيقى يميز بين الفئات الكلينيكية (العصابيين والذهانيين) وبينها وبين الأسوياء.

* وهنا يمكن تلخيص **أهم نتائج البحوث والدراسات السابقة** فيما يلى:

فيما يتعلق بأثر الموسيقى فى السلوك:

- تتباين الاستجابة للموسيقى بالنسبة لكونها مأثورة أو شائعة أو شعبية.

- تحدد استجابة الفرد للموسيقى وحالته الانفعالية، فالفرد المنشرح الصدر يستجيب بما يعبر عن التفاؤل والمرح، بينما الحزين يستجيب بما يعبر عن التشاؤم والاكتئاب.

- الموسيقى تستثير الانفعالات وتتأثر الانفعالات بالزمن والسياق الموسيقى.

- توجد علاقة دالة بين التعبير الموسيقى وبين التنشيط وإثارة الانفعال والإحباط والتهدئة.

وفيما يتعلق بمدى فعالية العلاج بالموسيقى:

- العلاج بالموسيقى فعال مع المعوقين .

- العلاج بالموسيقى يؤدى إلى تحسن عيوب النطق لدى الأطفال، ويفيد مع علاج الكلام فى علاج حالات أمراض الكلام.

- برامج النشاط الموسيقى العلاجى تفيد فى مقابلة حاجات وتحقيق أهداف علاجية لدى المسنين.

- العلاج بالموسيقى يخفض القلق، ويحسن حالات الاكتئاب.

- الموسيقى المهدئة تقلل الهلوسات السمعية لدى مرضى الذهان.

- الجرعات الموسيقية المهدئة تخفض ضغط الدم المرتفع، والجرعات المنشطة ترفع ضغط الدم المنخفض.

وفيما يتعلق بأساليب العلاج بالموسيقى:

ـ الاستماع إلى الموسيقى يزيد من تكرار كشف الذات وزيادته.

ـ الموسيقى المهدئة مع الاسترخاء العضلى تؤدى إلى خفض التوتر.

ـ الموسيقى مع العلاج النفسى الجماعى تحسن من نتائجه.

ـ العلاج بالموسيقى يستخدم بنجاح مع العلاج بالتحليل النفسى والعلاج السلوكى والعلاج المركز حول العميل والعلاج الجشطلتى والعلاج بالواقع.

وفيما يتعلق بإنشاء اختبارات موسيقية للتشخيص:

ـ الموسيقى تصلح كأداة إسقاطية لقياس الشخصية خاصة الجوانب اللاشعورية، وتميز بين العصابيين والذهانيين والأسوياء.

أداة البحث:

تم إعداد «**استفتاء العلاج بالموسيقى**» «١» (مرفق).

وهدف الاستفتاء هو الاسترشاد برأى عينة من الموسيقيين فى تحديد خمسة بنود هى:

ـ مدى توافر المقطوعات الموسيقية العربية الصالحة للاستخدام فى العلاج بالموسيقى.

ـ مدى استخدام العلاج بالموسيقى فى مصر.

ـ المقارنة بين الموسيقى العربية (المحلية) والموسيقى الغربية (العالمية) من حيث إمكانية الاستخدام فى العلاج بالموسيقى.

ـ أفضل مقطوعة موسيقية «مهدئة»، و مؤلفها، وتصنيفها (محلية / عالمية،كلاسيكية / شائعة/ شعبية)، وسبب اعتبارها مهدئة (رقيقة / حالمة / شاعرية/ عذبة / مريحة / بطيئة)، وأفضل الآلات لأداء الموسيقى المهدئة.

ـ أفضل مقطوعة موسيقية «منشطة» ومؤلفها، وتصنيفها (محلية/ عالمية، كلاسيكية/ شائعة / شعبية)، وسبب اعتبارها منشطة (مثيرة / مهيجة / محفزة / سريعة)، وأفضل الآلات لأداء الموسيقى المنشطة.

ويضم الاستفتاء خمسة أسئلة تغطى هذه البنود، بالإضافة إلى بعض البيانات اللازمة عن أفراد العينة.

العينة:

أعطى «استفتاء العلاج بالموسيقي» «١» فرديا لعينة تضم ٥٠ فردا (٣٠ من أعضاء هيئة التدريس والمدرسين المساعدين والمعيدين بكل من كلية التربية الموسيقية جامعة حلوان ومعهد الموسيقى العربية القاهرة، (كموسيقيين محترفين)، و٢٠ من طلاب كلية التربية الموسيقية ومعهد الموسيقى العربية (كموسيقيين هواة). وتضم العينة تخصصات جميع الآلات الموسيقية التى تدرس بكلية التربية الموسيقية (بجميع أقسامها) ومعهد الموسيقى العربية (بقسمى الدراسات الحديثة والدراسات العربية).

تحليل البيانات:

تم تحليل بيانات «استفتاء العلاج بالموسيقي» «١» على النحو التالى:

- حساب النسب المئوية للاستجابات على الأسئلة ١، ٢، ٣، والخاصة بمدى توافر المقطوعات الموسيقية العربية (المحلية) الصالحة للاستخدام فى العلاج بالموسيقى، واستخدام العلاج بالموسيقى فى مصر، والمقارنة بين الموسيقى العربية (المحلية) والموسيقى الغربية (العالمية) من حيث إمكانية الاستخدام فى العلاج بالموسيقى.

- حساب التكرارات والأهمية النسبية للاستجابات على السؤالين ٤، ٥ للمقطوعات المذكورة، وصفاتها المهدئة والمنشطة، والآلات الموسيقية المفضلة لأداء الموسيقى المهدئة والمنشطة.

النتائج:

أسفر تحليل بيانات «استفتاء العلاج بالموسيقي» «١» عن النتائج التالية:

١ - يعتقد ٧٦٪ من أفراد العينة أن الموسيقى العربية (المحلية) بها مقطوعات تصلح للاستخدام فى العلاج بالموسيقى.

ويعتقد ٢٤٪ منهم أنها ليس بها مقطوعات تصلح.

٢ - سمع ٦٠٪ من أفراد العينة عن «العلاج بالموسيقي» كعلاج يستخدم فى مصر. ولم يسمع ٤٠٪منهم عن ذلك.

٣ - قرر ٨٨٪ من أفراد العينة أن الموسيقى الغربية (العالمية) أكثر ثراءمن الموسيقى العربية (المحلية) من حيث إمكانية الاستخدام فى العلاج بالموسيقى. وقرر ١٢٪ أن الموسيقى العربية (المحلية) أكثر ثراء من الموسيقى الغربية (العالمية).

٤ ـ يوضح جدول (١) أفضل المقطوعات الموسيقية «المهدئة» مرتبة حسب أولويتها تكراريا، ومؤلفها ، وتصنيفها.

ـ يضاف إلى هذا الجدول أن أسباب اعتبار المقطوعات الموسيقية مهدئة على الترتيب هى كونها:

(الأرقام هى تكرار كل صفة).

حالمة (١٤)، رقيقة (١٢)، شاعرية (٨)، مريحة (٧)، عذبة (٦)، بطيئة (٣).

ـ ويضاف أيضا أن أفضل الآلات لأداء الموسيقى المهدئة على الترتيب هى:

(الأرقام هى تكرار كل آلة).

الكمان (١٥)، البيانو(١٠)، الفلوت(٨)، الناي(٥)، الهارب (٣)، الشيلو (٣)، الوتريات (٢)، آلات الإيقاع الخفيف (١)، الجيتار (١)، العود (١)، آلات النفخ الخشبية (١).

٥ ـ يوضح جدول (٢) أفضل المقطوعات الموسيقية «المنشطة» مرتبة حسب أولويتها تكراريا. ومؤلفها ، وتصنيفها.

ـ يضاف إلى هذا الجدول أن أسباب اعتبار المقطوعات الموسيقية منشطة على الترتيب هى كونها:

(الأرقام هى تكرار كل صفة).

سريعة (١٨)، محفزة (١٧)، مثيرة (١٠)، مهيجة (٥).

ـ ويضاف أيضا أن أفضل الآلات لأداء الموسيقى المنشطة على الترتيب هى :

(الأرقام هى تكرار كل آلة).

البيانو (١٧)، النحاسيات (١٠)، آلات الإيقاع (٥)، الفرقة (٣)، الأورج (٣)، العود (٢)، القانون (٢)، الإكسيليفون (١)، آلات الإيقاع السريع (١)، الجاز(١)، الجيتار (١)، الساكسفون(١)، آلات النفخ (١)، آلات النفخ الخشبية (١)، الوتريات (١).

توصيات:

١ ـ ليتنا نقوم بمزيد من البحوث فى مجال العلاج بالموسيقى (يشترك فيها علماء النفس والموسيقى).

٢ ـ ليت العلاج بالموسيقى يتواجد فى عياداتنا ومستشفياتنا.

٣ ـ ليتنا نجمع الموسيقى العلاجية العالمية والمحلية ونصنفها ونجربها ونطورها.

٤ ـ ليت علماء النفس والموسيقيين يهتمون بالعلاج بالموسيقى، بحيث توجد نوعيات من التأليف الموسيقى العلاجى (المحلي) المقصود من أجل استخدامه فى العلاج النفسى.

٥ ـ ليتنا نصل من خلال البحوث والدراسات العلمية إلى برامج موسيقية محددة تحديدا موضوعيا لعلاج بعض الاضطرابات أو الأمراض المحددة بحيث يؤدى تعريض المريض لهذه البرامج إلى التحسن والشفاء .

٦ ـ ليتنا نعمل على إعداد معالجين مدربين على العلاج بالموسيقى.

٧ ـ ليتنا نهتم بالعلاج بالموسيقى فى إطار أعم وأشمل وهو العلاج بالفن بكافة مجالاته.

٨ ـ ليتنا نجرى البحوث والدراسات المتخصصة حول العلاج الموسيقى بالاسترخاء

٩ ـ ليتنا نستخدم العلاج بالموسيقى على الأقل كعلاج مساعد.

١٠ ـ أرجو - إن شاء الله ـ (إما شخصياً أو مع تلاميذى من طلاب الماجستير والدكتوراه) أن أستكمل المرحلة الثانية المكملة لهذا البحث والخاصة بتجريب عدد من المقطوعات الموسيقية العلاجية، وإعداد برنامج للعلاج بالموسيقى ودراسة آثاره العلاجية على عينات من المرضى النفسيين.

استفتاء العلاج بالموسيقى «١»

(إعداد الدكتور حامد زهران)

الاسم(إن أردت):.............................. المهنة:..............................

المعهد أو الكلية: .... البلد (المدينة / القرية): ....

التخصص والآلة: .... المستوى الدراسى: ....

العمر (بالسنة): .... الاهتمام الموسيقى (محترف / هاوي): ....

استرشادا برأيك (كموسيقى) ـ للاستفادة به فى بحث علمى عن «العلاج بالموسيقى »، المرجو التكرم بالإجابة عن الأسئلة التالية من وجهة نظرك، وفى ضوء ثقافتك الموسيقية.

---

١ ـ هل تعتقد أن الموسيقى العربية (المحلية) بها مقطوعات تصلح للاستخدام فى العلاج بالموسيقى ؟ (نعم) (لا)

٢ ـ هل سمعت عن «العلاج بالموسيقي» كعلاج يستخدم فى مصر؟ (نعم) (لا).

٣ ـ أيهما أكثر ثراء من حيث إمكانية الاستخدام فى «العلاج بالموسيقي»؟

(الموسيقى العربية «المحلية») (الموسيقى الغربية «العالمية»).

٤ ـ ما أفضل مقطوعة موسيقية تعتبرها «مهدئة»؟

المقطوعة هى: ....

مؤلفها: ....

تصنيفها: (محلية ، عالمية) (كلاسيكية ، شائعة، شعبية)

لماذا تعتبرها «مهدئة»؟ (رقيقة، حالمة، شاعرية، عذبة ، مريحة، بطيئة).

ماأفضل الآلات لأداء الموسيقى «المهدئة»؟ ....

٥ ـ ما أفضل مقطوعة موسيقية تعتبرها «منشطة»؟

المقطوعة هى: ....

مؤلفها: ....

تصنيفها : (محلية ، عالمية) (كلاسيكية ، شائعة، شعبية)

لماذا تعتبرها «منشطة» ؟ (مثيرة ، مهيجة، محفزة ، سريعة).

ما أفضل الآلات لأداء الموسيقى «المنشطة»؟ ....

انتهى الاستفتاء ،،، شكرا

جدول (١) أفضل المقطوعات الموسيقية «المهدئة»

المقطوعة	تكرارها	مؤلفها	تصنيفها
Nocturne المساء	٧	Chopin	عالمية / كلاسيكية
مقطوعات شوبان (عموما)	٥	Chopin	عالمية / كلاسيكية
صوناتا ضوء القمر Moon Light (الحركة الأولي)	٤	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
التقاسيم الحرة	٤	أي عازف ماهر	محلية / عالمية
مقطوعات ديبوسى (عموما)	٤	Debussy	عالمية / كلاسيكية
ضوء القمر Claire de Lune	٣	Debussy	عالمية / كلاسيكية
كونشيرتو البيانو	٣	Chopin	عالمية / كلاسيكية
الموسيقى الخفيفة بطيئة الإيقاع	٣	أي عازف ماهر	محلية / شائعة
أغاني المهد	٢	Schubert	عالمية / كلاسيكية
الصباح Morning Mood	٢	Peer Gynt	عالمية / كلاسيكية
النهر الخالد	٢	محمد عبدالوهاب	محلية / شائعة
ياللى كان يشجيك أنيني	٢	رياض السنباطي	محلية / شائعة
قصة حب Love Story	٢	Seegman	عالمية / شائعة
الكونشيرتو الثاني	١	Rachmaninov	عالمية / كلاسيكية
حبيبتى Mon Amour	١	Last	عالمية / شائعة
المرح	١	Strauss	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية الناقصة	١	Schubert	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية التاسعة	١	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
زهور	١	حسين جنيد	محلية / شائعة
الموشحات مستحدثة الألحان	١	فؤاد عبدالمجيد	محلية / شائعة

جدول (٢) أفضل المقطوعات الموسيقية «المنشطة»

المقطوعة	تكرارها	مؤلفها	تصنيفها
رقصة السيوف Sabre Dance	٥	Khachaturian	عالمية / كلاسيكية
الموسيقى سريعة الإيقاع	٥	أى عازف ماهر	محلية / عالمية
الدانوب الأزرق	٤	Strauss	عالمية / كلاسيكية
الأناشيد الوطنية	٤	سيد درويش	محلية / شائعة
السيمفونية رقم ٤٠	٣	Mozart	عالمية / كلاسيكية
بولونيه Polonaise	٣	Chopin	عالمية / كلاسيكية
مقطوعات شوبيرت (عموما)	٣	Schubert	عالمية / كلاسيكية
المارشات العسكرية	٣	ـــــــــ	محلية / عالمية
رقصة النار Fire Dance	٢	De Valla	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية البطولية Eroika	٢	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
كسارة البندق (رقصة المزامير)	٢	Tchaikovsky	عالمية / كلاسيكية
موسيقى نشيد الله أكبر	٢	محمود الشريف	محلية / شائعة
موسيقى نشيد قم يا مصرى	١	سيد درويش	محلية / شائعة
بحيرة البجع (جـ ٣)	١	Tchaikovsky	عالمية / شعبية
Flight of the Bumble Bee	١	Korsakov	عالمية / كلاسيكية
كونشيرتو البيانو	١	Tchaikovsky	عالمية / كلاسيكية
الثورة Revolution	١	Chopin	عالمية / كلاسيكية
السيمفونية الخامسة (القدر)	١	Beethoven	عالمية / كلاسيكية
لحن الفنون	١	محمد عبدالوهاب	محلية / شائعة
لحن الخلود	١	فريد الأطرش	محلية / شائعة
فرحة	١	نورا على حسن	محلية / شائعة
سماعى راست القصبجي	١	محمد القصبجي	محلية / شائعة
موسيقى تمرينات الصباح	١	على حسونة	محلية / شائعة
DISCO	١	ـــــــــ	عالمية / شائعة

المراجع

- **آمال صادق (١٩٨٠).** أثر الموسيقى فى تنمية سلوك الطفل . مجلة كلية التربية جامعة عين شمس . عدد ٣، ص ١١١ ـ ١٢٦.

- **جمال ماضى أبو العزايم (١٩٦٣).** الموسيقى كوسيلة من وسائل العلاج فى الطب النفسى. مجلة الصحة النفسية . يونيو ١٩٦٣، ص ١٨ ـ ٢٥.

- **حامد زهران (١٩٧٨).** الصحة النفسية والعلاج النفسى، (ط٢). القاهرة : عالم الكتب.

- **حامد زهران (١٩٨٠).** التوجيه والإرشاد النفسى. (ط٢) القاهرة: عالم الكتب.

- **حامد زهران (١٩٨٠).** العلاج النفسى التربوى للأطفال. مجلة كلية التربية جامعة عين شمس . عدد ٣، ص ١٦٧ ـ ١٩٤.

- **ضياء الدين أبو الحب (١٩٧٠).** الموسيقى وعلم النفس : دراسة تحليلية لاستجابات الفئات الكلينيكية (الذهانيين والعصابيين) لاختبار إسقاطى موسيقى مع مقارنتها باستجابات الأسوياء. بغداد: مطبعة التضامن. (عن رسالة الدكتوراه، كلية التربية جامعة عين شمس، ١٩٦٧).

- **عائشة صبرى وسمحة الخولى (١٩٥٨).** التربية الموسيقية، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.

- **فاطمة المصرى (١٩٧٥)** الزار : دراسة نفسية وأنثروبولوجية. القاهرة: الهيئة العامة للكتاب.

- **فرج العنترى (١٩٧٥).** هذه هى الموسيقى . القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.

- **فرج العنترى (١٩٨٥).** الموسيقى والإنسان. القاهرة : وزارة الثقافة.

- **فؤاد زكريا (١٩٥٦).** التعبير الموسيقى. القاهرة: مكتبة مصر.

- **نبيلة ميخائيل (١٩٧٣).** أثر الموسيقى: الإيقاع والنغم فى تخفيف آلام المرضى. رسالة ماجستير. المعهد العالى للتربية الموسيقية.

- **نبيلة ميخائيل (١٩٧٨).** الموسيقى فى علاج الأمراض العضوية. رسالة دكتوراه ، كلية التربية الموسيقية جامعة حلوان.

- **ALBERT, Bruce M. (1980).** The effects of sedative / simulative music and experimenter presence / absence on auditory hallucinations. Dissertation Abstracts International (B), 41, 3, 1097.

- **ASMUS, Edward P. & GILBERT, Janet P. (1981).** A client centered model of therapeutic intervention. Journal of Music Therapy, 18, 1, 41-51.

- **BANKS, Martha E. (1981).** Emotion and music: A correlation study. Dissertation Abstracts International (B), 41, 8, 3167.

- **BEAN, Kenneth L. (1965).** Scoring and interpreting to semistructured sound-effect. Journal of Projective Techniques & Personality Assessment, 29, 151-160.

- **BYRNE, Linda A. (1982).** Music therapy and reminiscence: A case study. Clinical Gerontologist, 1, 2, 76-77.

- **CRITCHLEY, Macdonald & HENSON, R.A. (Eds.) (1977).** Music and the

Brain: Studies in the Neurology of Music. London: William Heinman.

- **DEUTSCH, Diana (Ed.) (1982).** The Psychology of Music. New York: Academic Press.
- **FAGEN, Trudy S. (1982).** Music theapy in the treatment of anxiety and fea in terminal pediatric patients. Music Therapy, 2, 1, 13-23.
- **GAGNON, John H. (1985).** Gestalt therapy with musicians and musical metaphor: The use of musical Gestalten for diagnosis. Dissertation Abstracts International (B), 45, 11, 3606.
- **GARMO, John C. (1984).** An examination of the effects of tempo and meter upon anxiety reduction. Dissertation Abstracts International (B), 45, 5, 1427-1428.
- **GASTON, Thayer (Ed.) (1968).** Music in Therapy. New York: Macmillan.
- **HANSER, Suzanne B. (1983).** Music therapy: A behavioral perspective. Behavior Therapist, 6, 1, 5-8.
- **HARDING, Christine & BALLARD, Keith D. (1982).** The effectiveness of music as a stimulus and as a contingent reward in promoting the spontaneous speech of three physically handicapped preschoolers. Journal of Music Therapy, 19, 2, 86-101.
- **HOWARD, Bruce A. (1981).** An investigation of the effects of music on self-disclosure. Dissertation Abstracts International (B), 42, 5. 2059-2060.
- **KIBLER, Virginia E. & RIDER, Mark S. (1983).** Effects of progressive muscle relaxation and music on stress as measured by finger temperature response. Journal of Clinical Psychology, 39, 2, 213-215.
- **KRAUSS, Tricia & GALLOWAY, Herb (1982).** Melodic intonation therapy with language delayed apraxia children. Journal of Music Therapy, 19, 2, 102-113.
- **LEVINE-GROSS, Jodi & SWARTZ, Robert (1982).** The effects of music therapy on anxiety in chronically ill patients. Music Therapy, 2, 1, 43-52.
- **MEMORY, Barbara C. (1985).** Music therapy clinical supervision: The effect of planning and evaluating supevision sessions on satisfaction with supervisor skills. Dissertation Abstracts International (A), 45, 12, 3574.
- **NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive (1975).** Music Therapy in Special Education, London: Macdonald & Evans.
- **NORDOFF, Paul & ROBBINS, Clive (1985).** Therapy in Music for Handicapped Children. London: Victor Gollancz.
- **PREBLMAYER, J.P. (1985).** Emotional dimensions of musical expression-experience and their relations to attribute-dimensions of music and emotion-experience. Dissertation Abstracts Internationl (C), 46, 2, 2604-2605.
- **PRIESTLY, Mary (1980).** Analytical music therapy and the detour through

fantasy". Birtish Journal of Projective Psychology & Personality Study, 25, 1, 11-15.

- **PROBST, Verner (1984).** Instrumental lessons with handicapped children and youth. Tenth International Research Seminar, 28 June-5 July 1984, Canada.
- **ROHNER, Stephen J. & MILLER, Richard (1980).** Degress of familiar and affective music and their effects on state anxiety. Journal of Music Therapy, 17, 1, 2-15.
- **ROTHARY, Guy C. (n.d.).** The Power of Music and the Healing Art (3rd Impression). London: Kegan Paul.
- **SCIPKOWENSKY, N. (1977).** Musical therapy in the field of psychiatry and neurology. In CRITCHLEY & HENSON, pp. 433-445.
- **SEASHORE, Carl E. (1967).** Psychology of Music. New York: Dover.
- **SHIVELY, Storne L. (1985).** The effects of musical tempo and intensity of hyperactive children. Dissertation Abstracts International (B), 45, 9, 3085.
- SHUTER-DYSON, Rosamund & GABRIEL, Clive (1981). The Psychology of Musical Ability (2nd.Ed.). London: Methuen.
- **SKELLY, Clyde & HASLERUD, George (1952).** Music and the general activity of apathetic schizophrenics. Journal of Abnormal & Social Psychology, 47, 188-192.
- **SOPCHACK, Andrew L. (1955).** Individual differences in response to different types of music in relation to sex and other variables. Psychological Monographs. 69, No. 396.
- **STUBBS, Michael B. (1982).** The effects of background music on self-disclosure. An interview analogue study. Dissertation Abstracts International (B), 43, 4, 1270.
- **TYSON, Florence (1979).** Child at the gate: Individual music therapy with a schizophrenic woman. Art Psychotherapy, 6, 2, 77-83.
- **WEISSMAN, Judy A. (1982).** Meeting selected needs and treatment goals of aged individuals in long-term care facilities through the theapeutic use of music activities. Dissertation Abstracts International (B), 42, 12, 4757.
- **WELLS, Nancy F. & STEVENS, Ted (1984).** Music as a stimulus for creative fantasy in group psychotherapy with young adolescents. Art in Psychotherapy, 11, 2, 71-76.
- **WHEELER, Barbara (1981).** The relationship between music therapy and theories of psychotherapy. Music Therapy, 1, 9-16.
- **WILLIAMS, Robert B. (1978).** Music therapy: How it helps the child. Psychology of Music, 6, 1, 55-60.

[١٨] الوقاية فى مجال الإدمان(*)

مقدمة:

يوجه علم الصحة النفسية وعلم الطب النفسى اهتماماً كبيراً إلى الوقاية بقدر ما يوجهان من عناية إلى التشخيص والعلاج (حامد زهران، ١٩٧٨). ومعروف أن الوقاية خير من العلاج، وأنها تغنى عن العلاج، وأن جرام وقاية خير من طن علاج.

وقد أكدت توصيات المؤتمر المصرى الأول للطب النفسى الذى عقد فى القاهرة فى مارس ١٩٨٦ على ضرورة الاهتمام بالوقاية، ويدخل فى ذلك الاهتمام بالنواحى النفسية والتأهيلية فى وسائل الإعلام والمدارس ودور العبادة ومؤسسات العمل.

والقارىء لكتب الطب النفسى والعلاج النفسى فى موضوع الإدمان يجد عادة تعريفاً للإدمان ومدى حدوثه وتصنيفه وأسبابه وأعراضه وآثاره جسمياً ونفسياً واجتماعياً ثم علاجه، دون إشارة ـ فى معظم الأحيان ـ إلى الوقاية منه.

المشكلة:

الإدمان مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مرض جسمى ونفسى واجتماعى يحتل مركزاً هاماً فى دائرة اهتمام عدد من المختصين. وحل مشكلة الإدمان يشمل نواحى طبية ونفسية واجتماعية وقانونية واقتصادية بل وسياسية أيضاً (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٦).

وحجم مشكلة الإدمان فى تزايد مستمر عالمياً ومحلياً (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤).

والإدمان بكافة صوره وأشكاله خطر يؤثر تأثيراً مخرباً فى حياة الفرد والأسرة والمجتمع، فهو يدمر شخصية الفرد، ويهدم الأسرة ويدهور الإنتاج كماً وكيفاً مما يسبب خسارة قومية فادحة. وعلى الرغم من هذا، فمن السهل الوقاية منه، ومن الممكن علاجه ـ إذا حدث ـ فى أغلب الأحوال (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

وسواء اعتبرنا المدمنين مرضى أم مجرمين فإن لهم الحق فى العلاج (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٩٦).

(*) المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان: «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨).

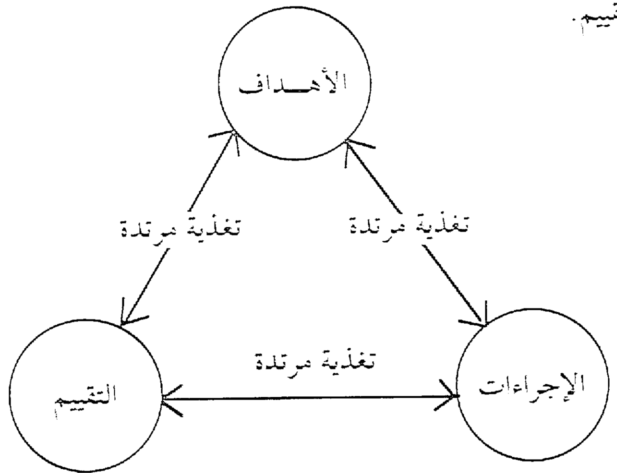
والرأى الذى نتبناه هو أن الإدمان ـ فى حد ذاته ـ مرض، وأن شخصية المدمن مضطربة، وإذا ارتكب المدمن جريمة نتيجة لرغبته الملحة للتعاطى بأى ثمن حتى ولو بارتكاب الجرائم ـ فهذا فى الأغلب والأعم يعتبر من أعراض المرض.

ولا شك أننا جميعاً نعرف خطورةالإدمان وآثاره المدمرة، والدولة ـ بكافة أجهزتها ـ مهتمة بهذه المشكلة. وهناك جهود تبذل وبحوث تجرى، ولكن المشكلة تتفاقم وتزداد. وقد يرجع ذلك إلى أن أهداف الوقاية غير واضحة أو غير مناسبة أو لا تحققها الإجراءات الوقائية المتبعة التى قد تستخدم أساليب وطرقاً نظنها مناسبة وفعالة، وهى ليست كذلك، لأننا قد لا نهتم بعملية التقييم.

والمجتمع العاقل هو الذى يهتم بإجراءات الوقاية من الإدمان ويتحرك قبل وقوع الكوارث وقبل انتشار الوباء بهدف اجتثاث المشكلة.

منظومة الوقاية فى مجال الإدمان:

يمكن تناول الوقاية فى مجال الإدمان فى شكل منظومة ذات ثلاث حلقات هى: الأهداف، والإجراءات، والتقييم.



منظومة الوقاية فى مجال الإدمان

والحلقات الثلاث للمنظومة متكاملة وديناميـة ويؤثر كل منها فى الأخرى بطريقة التغذية المرتدة، نجاحاً أو فشلاً. ففى حالة النجاح نعلو بالأهداف ونحسن الإجراءات ثم نقيم، وفى حالة مزيد من النجاح نعلو بالأهداف أكثر ونحسن الإجراءات أكثر... وهكذا فى شكل حلزونى صاعد. أما فى حالة الفشل (حسب التقييم) فقد يكون هناك عيب فى الأهداف كأن تكون مرتفعة

ولا يمكن تحقيقها بالإجراءات المتاحة، وقد تكون الإجراءات غير مجدية، وقد يكون التقييم نفسه به عيب كأن يكون شكلياً أو غير مناسب.

والحلقات الثلاث للمنظومة تشتمل على مجالات معرفية وأخرى مهارية وثالثة وجدانية.

والمجال المعرفى هو ما يتعلق بمعرفة الحقائق والمفاهيم والمبادىء، وله طبقات سبع تعلو إحداها الأخرى وهى: التذكر (واستدعاء المعلومات)، والفهم، والتطبيق (فى مواقف محددة)، والتحليل (أى تحليل المعلومات إلى عناصرها الأولية)، والتركيب (أى نسج معلومات جديدة من العناصر الأولية)، والتقييم، والابتكار (أى الإبداع).

والمجال المهارى يشتمل على المهارات اللازمة سواء بسيطة أو مركبة، ومنها النشاطات الحركية واللغوية والحسية الحركية.

والمجال الوجدانى يشتمل على كل ما يتعلق بالاتجاهات والمعتقدات والميول والقيم، مثل الاعتقاد فى أهمية الجهود الذاتية والدافعية فى الوقاية، وله مستويات فى الانتباه والاستجابة والحكم القيمى والتنظيم القيمى (بوتفين وإينج Botvin & Eng، ١٩٨٢، بوتفين وآخرون .Botvin et al، ١٩٨٤).

وفى إطار منظومة الوقاية، تنظم الوقاية فى ثلاث مراحل: الوقاية الأولية، والوقاية الثانوية، والوقاية فى المرحلة الثالثة (حامد زهران، ١٩٧٣).

الوقاية الأولية: Primary Prevention وتهدف إلى منع حدوث الإدمان، أو تقليل حدوثه فى المجتمع، أو التدخل بمجرد أن يلوح خطر الدخول فى الإدمان لدى المعرّضين لذلك. وتوجه الوقاية الأولية المناسبة والشاملة على نطاق واسع إلى الأفراد العاديين والأسر وجماعات الرفاق وجماعات العمل خاصة فى قطاع الشباب،ومن إجراءات الوقاية الأولية: منع الأسباب التى تؤدى إلى حدوث الإدمان والتدخل الفورى عند بزوغ مثل هذه الأسباب، ودراسة سلوكيات الإدمان ونمط حياة المدمن والعوامل الفردية التى قد تؤدى إلى الإدمان، والتشجيع على تبنى أنماط سلوك الوقاية من الإدمان (لورانس والاك وماريلين وينكلبى Wallack & Winkleby، ١٩٨٧). وتضطلع بإجراءات الوقاية الأولية المؤسسات الاجتماعية والمدارس ودور العبادة ووسائل الإعلام والأسرة. ويقوم بالعبء الأكبر الأطباء والأخصائيون النفسيون والاجتماعيون والوالدان والأشخاص المهمون فى حياة الفرد (هارولد فيسوتسكى Visotsky، ١٩٦٧).

الوقاية الثانوية: Secondary Prevention وتهدف إلى التعرف المبكر على الإدمان، والتدخل

العلاجى المبكر لحالات الإدمان فى كل الأعمار، وبمعنى آخر فإن الوقاية الثانوية تحاول تشخيص الإدمان فى مرحلته الأولى بقدر الإمكان للمبادرة بالعلاج والوقاية من المضاعفات والإدمان (إرفينج بيرلين Berlin ، ١٩٦٧). ومن إجراءات الوقاية الثانوية: الاهتمام بالتشخيص الفارق بين مظاهر الجناح المختلفة وبين الإدمان فى بدايته، والانتباه إلى أى تغيير مفاجىء فى السلوك أو الدراسة أو العمل، وما قد يصاحبه من البدء فى الإدمان، والمبادرة باتخاذ الإجراءات العلاجية.

الوقاية فى المرحلة الثالثة: Tertiary Prevention وتهدف إلى تقليل أثر الإعاقة الباقية بعد الشفاء من الإدمان (مثل نقص القدرة مهنياً أو التفكك الأسرى)، وتهدف كذلك إلى الوقاية ضد النكسة وإلى عدم عودة المدمن الذى تم علاجه مرة أخرى إلى الإدمان. أى أنها تعتبر امتداداً للعلاج (ألفريد فريدمان Freedman ، ١٩٦٧). ومن إجراءات الوقاية فى المرحلة الثالثة: خدمات التأهيل الشامل بعد العلاج لإعادة المدمن السابق لتحقيق أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع، وهذا يحتاج إلى متابعة مستمرة، وإعادة التطبيع الاجتماعى للمدمن السابق، وهذا يركز على عودته إلى وضعه الاجتماعى العادى مع التخلص من تأثير كونه مدمن سابق على حياته الأسرية والمهنية والاجتماعية (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٦).

ويلاحظ أن الإجراءات الوقائية بمراحلها الثلاث يجب أن توجه إلى كل الفئات العمرية منذ الطفولة وخلال مرحلة الشباب ثم الرشد وحتى الشيخوخة. ويلاحظ أيضاً أن إجراءات الوقاية الأولية ضرورية ويترتب عليها إجراءات الوقاية الثانوية والوقاية فى المرحلة الثالثة.

الأهداف:

تتمثل أهداف الوقاية من الإدمان فى النتائج السلوكية المرجوة والتى يتوقع تحقيقها بعد اتخاذ إجراءات الوقاية.

وتتحدد الأهداف فى ضوء حاجة المجتمع وظروفه الاقتصادية والاجتماعية ومدى انتشار الإدمان وخطورته. وهذه الأهداف يحددها الأخصائيون فى مجالات الطب النفسى والعلاج النفسى والخدمة الاجتماعية والاقتصاد والقانون والأمن والمواطنون أصحاب المصلحة والمنتفعون بالخدمات الوقائية.

وتحدد الأهداف مقدار المعارف والمهارات والاتجاهات المنتظر تحقيقها لدى المواطنين الذين توجه إليهم الخدمات الوقائية فى مجال الإدمان.

وهناك أهداف عامة، أهمها: اكتساب السلوك الوقائى، وهو كما يقول مايكل كالنان

Calnan (١٩٨٥) يتضمن أبعاداً عديدة، تحددها عوامل اجتماعية وديموجرافية خاصة التعليم والطبقة الاجتماعية.

وهناك أهداف وسيطة، مثل: تهيئة بيئة وظروف تضمن وتيسر اكتساب السلوك الوقائى.

وأهم الأهداف هى الأهداف الإجرائية (أى التى تتمثل فى سلوك وقائى يمكن ملاحظته وقياسه). ومن أهم الأهداف الإجرائية للوقاية من الإدمان:

- معرفة وسائل الوقاية بغرض نشر الدعوة وبدء حملة نوعية لمقاومة الإدمان.
- الإلمام بأسباب الإدمان ودوافعه بغرض تجنب الوقوع فيها.
- الإلمام بأعراض الإدمان بغرض التعرف عليها.
- معرفة درجات ومراحل الإدمان بغرض توقى الوقوع أو التمادى فيها.
- معرفة الآثار الضارة للإدمان ومخاطره بغرض التحذير منه.
- فهم أبعاد شخصية المدمن بغرض التعرف المبكر عليها.
- اكتساب مهارة الإقناع بغرض التأثير الوقائى الفعال.
- ممارسة مهارات الوقاية بغرض الاستفادة العملية منها.
- متابعة برامج الوقاية بغرض تنفيذها فى مواقف الحياة العملية.
- تطبيق وسائل تجنب الانخراط فى الإدمان بغرض الإفادة منها فى الوقاية الأولية.
- تطبيق الوسائل الأولية لعلاج الإدمان بغرض الإفادة منها فى الوقاية الثانوية.
- المشاركة الفعالة فى أنشطة جمعيات مكافحة الإدمان بغرض الحد من انتشاره.

الإجراءات:

تتضمن الإجراءات: المحتوى والطرق والوسائل التى تحقق أهداف الوقاية من الإدمان.

ويقدم المحتوى، وتتضمن الطرق، وتستخدم الوسائل، فى أساليب متعددة ومتنوعة منها: المحاضرات، والمناقشات، والتدريبات، والتعلم الذاتى.

وتتم الإجراءات على أيدى خبراء متخصصين من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ورجال القانون والأمن والاقتصاد وعلماء الدين.

ويراعى اشتراك الأفراد اشتراكاً إيجابياً، وأن تستثار دافعيتهم بشتى الطرق، وأن يوجَهوا إلى إدراك العلاقة بين الأهداف والإجراءات المتبعة لتحقيقها، حتى يلمسوا تقدماً عن طريق التقييم.

المحتوى:

ويتضمن المحتوى موضوعات أهمها: دوافع الإدمان، وأنواعه، ومواده، وأسبابه، وأعراضه، وآثاره، وعلاجه.

دوافع الإدمان: ويقصد بها كل ما يحرك الفرد نحو الإدمان، ويجعله يتعاطى مادة الإدمان بانتظام (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤). ويلخص حسن الساعاتى (١٩٦٣) أهم دوافع الإدمان التى يعتقد فيها المدمن فى: تناسى الهموم واستجلاب السرور، وتحقيق لذة جنسية كبرى، واستشعار روح الجماعة المرحة، وإجادة العمل، والعلاج.

أنواع الإدمان: ويصنف الإدمان إلى إدمان عقار واحد، ومتعدد العقاقير، والحديث والمزمن، والأولى والعرَضى، والفردى والوبائى، وإدمان المنشطات، وإدمان المهدئات.

مواد الإدمان: وأهمها: الأفيونات، والحشيش، والقات، ومثيرات الهلوسة، والمنبهات، والأمفيتامينات، والكحول، والمخدرات، والمسكنات، والمهدئات، والمنومات.

أسباب الإدمان:

وللوقاية من الإدمان لابد من تعرّف أسبابه وإزالتها، وتحديد الظروف التى تؤدى إليها وضبطها والتقليل من آثارها (لويس جونينج - شيبيرز وهانز هاجين Gunning-Schepers & Hagen ، ١٩٨٧). ومن أسباب الإدمان:

- أسباب نفسية: مثل اضطراب الشخصية، والتوتر، وعدم الاستقرار، والاكتئاب، والقلق، والخواف، والوسواس، والهروب من الواقع، والجنس، والمشكلات المتراكمة وعدم القدرة على حلها والهروب بدلاً من مواجهتها، وسوء التوافق، والصدمات.
- أسباب اجتماعية: مثل الصحبة السيئة التى تستخدم الضغط والإغراء والتيسير، وحب الاستطلاع (والتجربة)، والتقليد والمغايرة، والبحث عن المتعة، ووقت الفراغ غير المرشّد، وبيئة الإدمان، والمشكلات الزواجية، وتفكك الأسرة، وغياب الأب، والسلوك الجانح، والسلوك المضاد للمجتمع، والسلوك الإجرامى.
- أسباب حيوية: ومنها اعتما د الجسم على العقار، وتسمم الجسم بالعقار، والإدمان من خلال العلاج، وسهولة صرف العقاقير الطبية.

- أسباب أخرى: مثل عدم الالتزام بالقيم الدينية والأخلاقية، والبطالة والمشكلات المهنية وضغط العمل، ومشكلات التقاعد، والدخول الطفيلية، ونشاط عمليات التهريب (سعد المغربى، ١٩٦٦). (بيتر ناثان وساندرا هاريس Nathan & Harris ، ١٩٧٥. أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

أعراض الإدمان:

وتتناول البداية (التحمل، والتعود، والاعتماد النفسى والفسيولوجى)، والتعاطى (بالتدخين، والشرب، والحقن، والشم، والاستحلاب، والبلع، وفى المشروبات)، والسلوك المضاد للذات وللمجتمع، وهوس التسمم... إلخ.

آثار الإدمان:

يتم تناول آثار الإدمان المدمرة، وأهمها:

- جسمياً: حيث يشاهد تلف الجهاز العصبى شاملاً المخ والمخيخ والحبل الشوكى والأعصاب، واضطراب الحواس، واضطراب الإدراك، وأمراض الجهاز الهضمى مثل قرحة المعدة وتليف الكبد، وأمراض الجهاز الدورى مثل أمراض الدم، وأمراض الجهاز التناسلى مثل الضعف الجنسى.
- نفسياً: اضطراب الوظائف العقلية ومنها على سبيل المثال: الخمول والنسيان واضطراب التفكير والسلبية والانطواء والقلق والخوف والاكتئاب.
- اجتماعياً: الإهمال وتفكك الأسرة وانخفاض الإنتاجية والسلوك الإجرامى.
- شخصياً: ومن التغيرات التى تصيب شخصية المدمن (والتى توجه إليها الجهود الوقائية) التمركز حول الذات، وعدم النضج الاجتماعى، والتذبذب الانفعالى، ونقص البصيرة، والانطوائية (مصطفى سويف، ١٩٦٦، ريتشارد سوين، ١٩٧٩، أحمد عكاشة، ١٩٨٥).

علاج الإدمان:

ويتضمن التقدم الاختيارى للعلاج وأهميته، والعلاج الطبى المتدرج باستخدام البدائل، وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف، والعلاج النفسى السلوكى والتحليلى، والإرشاد النفسى والعلاج الدينى والعلاج بالعمل، والعلاج البيئى والاجتماعى والترويحى، والرعاية اللاحقة، والمتابعة، والتأهيل، وعلاج مصاحبات الإدمان مثل الاكتئاب والسيكوباتية والفصام.

الطرق:

تتم الإجراءات الوقائية باتباع العديد من الطرق التى تركز فى جملتها على بناء الشخصية السوية وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسى، ومعرفة دوافع الإدمان وتقليلها، ودراسة أسباب الإدمان والوقاية منها والتحذير من آثار الإدمان والتخلص منها. وتتم جميع الإجراءات الوقائية فى إطار عمل فريق متكامل ومتعاون (منظمة الصحة العالمية World Health Organization ، ١٩٦٧). وفيما يلى إشارة إلى أهم الطرق التى تتضمنها الإجراءات الوقائية:

- الإرشاد النفسى: بخصوص الإدمان وأسبابه والكوارث التى يسببها، ويحسن أن يتم ذلك فى إطار جماعى. ويركز الإرشاد النفسى الوقائى فى مجال الإدمان على حل مشكلات الشباب، ويهتم بالإرشاد التربوى مما يحقق التوافق الدراسى، والإرشاد المهنى مما يضمن التوافق المهنى وتجنب المشكلات المهنية، والإرشاد الزواجى تحقيقاً للتوافق الزواجى.
- العلاج النفسى: ويهتم بتحقيق التوافق النفسى، وتستخدم طرق العلاج المناسبة لحالات الإدمان. ويهتم كذلك بتقديم المشورة والمساندة أثناء الفترات والمواقف الحرجة والتوجيه إلى مواجهة الواقع بدلاً من الهروب عن طريق الإدمان (فاروق عبدالسلام، ١٩٧٧).
- الخدمة الاجتماعية: وتتضمن إجراء البحوث الاجتماعية، والتدخل البيئى وتعديل البيئة الاجتماعية، وتهدف إلى تحقيق التوافق الاجتماعى وحل المشكلات الاجتماعية.
- العمليات التربوية والتعليمية: وتتضمن التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة وتعلم وتبنى فلسفة حياة سليمة، وتعلم المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى. ويفيد فى هذا الكتابات العلمية المبسطة عن الإدمان ومعناه وآثاره طبياً ونفسياً واجتماعياً وقانونياً واقتصادياً، والتوجيهات الوقائية (أحمد وجدى، ١٩٦٠. عبدالرؤوف ثابت، ١٩٦٤).
- التدخل الطبى: ويتركز فى الرعاية الصحية العامة، والتدخل العلاجى المتخصص للإدمان.
- التشريعات: وتحتاج إلى تطوير مستمر لتكون مانعة رادعة لكل من تسول له نفسه جلب وترويج المخدرات والعقاقير، وكذلك سن التشريعات الخاصة بالخمور وبيعها وتناولها فى المحال العامة وتقديمها فى الفنادق وعلى الطائرات وغيرها ـ إن لم يكن كبلد إسلامى ـ فمن باب الوقاية.
- خدمات الرعاية: وتتضمن الفحوص والبحوث الشاملة الدورية طبياً ونفسياً واجتماعياً.

- التدخل المباشر: حيث يتم تقديم خدمات الوقاية من الإدمان على أيدى الأخصائيين المدرسيين الذين يتعاملون مباشرة مع الأفراد الذين يحتاجون إلى الخدمات الوقائية، ومع ذويهم والمحيطين بهم. وقد يأخذ إجراء التدخل المباشر شكل الإرشاد والتعليم أو العلاج المبكر. ويمكن أن يحال أمثال هؤلاء الأفراد من شديدى التعرض للإدمان عن طريق المعلمين أو رجال الشرطة أو علماء الدين أو الوالدين.
- الدراسات والبحوث: حيث تتطلب الوقاية فى مجال الإدمان إجراء البحوث والدراسات العلمية والمسحية التى تتناول المشكلات السلوكية بصفة عامة، ومشكلة الإدمان بصفة خاصة، وتركز على مدى حدوثه - كماً وكيفاً - فى المناطق الجغرافية، والمستويات الاجتماعية الاقتصادية، مما يساعد فى تحديد مناطق الإدمان حيث يجب تركيز الجهود الوقائية والعلاجية للقضاء على أسبابه وتجنب آثاره، والتعرف المبكر على الحالات التى تحتاج إلى خدمات وقائية خاصة.

الوسائل:

تتنوع وسائل تحقيق إجراءات الوقاية من الإدمان فى المؤسسات النفسية والاجتماعية والطبية والدينية والإعلامية ومراكز البحث العلمى والمعاهد العلمية المتخصصة فى هذا المجال. وكلها تعمل فى إطار من التكامل والتعاون، وأهم هذه الوسائل هى:

- الأسرة: ومن المهام الوقائية التى تستطيع الأسرة القيام بها، إقامة علاقات أسرية سليمة بين أعضاء الأسرة، وتحديد مسئوليات أعضاء الأسرة فى الوقاية من الإدمان، وإشباع الحاجات وحل الصراعات والتغلب على الإحباطات، وتهيئة المناخ الأسرى الصحى المناسب المشبع بالأمن النفسى والحب، وتجنب المناخ الأسرى الذى يؤدى إلى التفكك واحتمال التعرض للإدمان، وتهيئة الظروف التى تبعد المدمن عن الانتكاس، واتباع أساليب التربية السليمة والبعد عن الأساليب الخاطئة وآثارها المدمرة، وتوجيه الأولاد فى اختيار الأصدقاء الصالحين، ومتابعة أحوالهم بعين يقظة، وتوفير القدوة الحسنة أمام الأولاد (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩).
- المدرسة: ويقوم المدرسون والأخصائيون الاجتماعيون والنفسيون فى المدرسة بدورهم الوقائى من الإدمان حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب وينضم إليهم فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.
- وسائل الإعلام: بكافة أنواعها (الإذاعة والتليفزيون والصحافة والسينما والمسرح والنشرات العامة والإعلانات) وتركز على برامج التوعية الجماهيرية بكل ما يتعلق بالوقاية من الإدمان

مثل حوار مع المتخصصين والخبراء فى مجال الإدمان وإعداد أفلام فيديو وأفلام تسجيلية لمقابلات شخصية مع مدمنين ومع ذويهم وزملائهم، للاستعانة بها فى برامج الوقاية من الإدمان.

- دور العبادة: وتركز على الجانب الدينى، وأن الإدمان غير مقبول دينياً، وتشرح رأى الدين فى الإدمان.
- الصحبة (جماعة الرفاق): خاصة الصحبة الحسنة حيث العلاقات الاجتماعية الصحية، وتجنب الصحبة السيئة، والبعد عن التجريب، وتحمل المسئولية الاجتماعية (أحمد عكاشة، ١٩٨٥).
- العيادات النفسية: وتقدم خدمات العلاج النفسى، وتلعب دوراً هاماً خاصة فى الحالات المبكرة للإدمان (جمال ماضى أبو العزايم، ١٩٦٦).
- مراكز الإرشاد النفسى: وتقدم خدمات الإرشاد النفسى اللازمة.
- مراكز الخدمة الاجتماعية: وتهتم بتوفير الطرق السوية للسلوك الجماعى للشباب، وتقديم الخدمات الاجتماعية اللازمة فى حالات الإدمان.
- مراكز التأهيل: وهى تضطلع بتقديم خدمات التأهيل بهدف إعادة المدمن السابق بعد علاجه إلى أعلى مستوى من التوافق الممكن عند عودته إلى المجتمع.
- مؤسسات العمل: وهى تستطيع أن تسهم فى خدمات الوقاية عن طريق تنظيم العلاقات المهنية والإنسانية السليمة وظروف العمل التى تحقق التوافق المهنى والرضا عن العمل وعن الدور المهنى.
- النوادى: وفيها (وفى مراكز الشباب) يمكن ترشيد وقت الفراغ واستغلال أنشطته بأساليب جماعية، وممارسة الأنشطة الرياضية وممارسة الهوايات بشكل محبب ونافع (محمد فخر الإسلام، ١٩٦٧). ويمكن إنشاء نوادى التائبين بعد فترة العلاج حيث يجد المدمن التائب نفسه بين أفراد مروا بنفس تجربته ونجحوا فى التخلص من الإدمان مما يزيد الثقة فى النفس والحماس. وهذه النوادى تعترف بالمدمن التائب كإنسان محترم (محمد عماد فضلى، ١٩٦٩).
- الجمعيات: ومن أهمها جمعيات منع المسكرات، وتقوم بدورها فى نشر الوعى عن الإدمان ومضاره.
- المجتمع: وعلى نطاق واسع فى المجتمع يتم ما يضمن تهيئة الرأى العام ضد الإدمان، ومقاومة الأفكار الخاطئة عن الإدمان مثل: الأثر الجنسى للحشيش.

ـ مراكز البحث العلمى: وهذه تقوم بدور بحثى متخصص على نطاق واسع فى إجراء البحوث المسحية، والبحوث حول أساليب الإدمان وآثاره، وإعداد برامج الوقاية من الإدمان (محمد فخر الإسلام، ١٩٦٧).

ـ المعاهد العلمية المتخصصة: وهذه تقوم بدور متكامل مع مراكز البحث العلمى، وتهتم بصفة خاصة بتطوير طرق علاج الإدمان.

التقييم:

نقصد بالتقييم تقدير قيمة الإجراءات الوقائية فى مجال الإدمان، وإلى أى حد تمت الإفادة منها، والحكم على مدى تحقيق الأهداف، وإلى أى مدى تغير السلوك الوقائى نتيجة لذلك، باستخدام معيار للقياس.

والهدف الأساسى للتقييم هو تشخيص نقاط القوة والضعف وصولاً إلى تصحيح المسار وتحسينه حين تطور الأهداف، وتحسن الإجراءات الوقائية.

ويتناول التقييم:

ـ أهداف الوقاية ومدى مناسبتها وإمكانية تحقيقها.

ـ الإجراءات الوقائية بدرجاتها الثلاث، والتى تقوم بها المؤسسات العامة والخاصة.

ـ جهود القائمين بالإجراءات الوقائية ومدى فاعليتها.

ـ السلوك الوقائى الذى يتبعه الأفراد نتيجة للإجراءات الوقائية.

ـ التقييم نفسه من حيث مدى سلامة التخطيط له وإعداد برامجه وأدواته ووسائله وتنفيذه.

وتتعدد أساليب التقييم، ومنها ما هوكمى ومنها ما هو كيفى. ويجب تخطيط أساليب التقييم وإعداد الأدوات وتنظيمها وتوافر الدقة والموضوعية والمعيارية والتدريب عليها، والخبرة فى استخدامها وتقرير النتائج وتفسيرها. ويمكن استخدام بعض أساليب التقييم قبل تقديم برامج الوقاية وأثناءها وبعدها.

ومن أهم أساليب التقييم:

ـ الملاحظة العلمية المنظمة لعينة من السلوك الوقائى فى مواقف الحياة اليومية الطبيعية.

ـ المقابلة الشخصية الفردية والجماعية بغرض التقييم.

ـ دراسة الحالة، وفيها يستفاد بأكبر قدر من المعلومات عن الحالة.

- الاستفتاءات، وتتضمن أسئلة ترتبط بالوقاية من الإدمان خاصة لقياس الاتجاهات وتقييم مدى تحقيق الأهداف ومستوى المواد المقدمة وأوجه الاستفادة منها.
- مقاييس التقدير ذات الوحدات المدرجة كما يحدث فى تقدير الجهود الوقائية.
- قوائم التقدير، أو قوائم المراجعة كما يحدث فى تقدير مدى فاعلية الإجراءات المستخدمة.

برامج الوقاية:

بقدر ما تتوافر برامج الوقاية من الإدمان، بقدر ما يكون المجتمع محظوظاً (آن فولتز Foltz ، ١٩٨٢). وحبذا لو أعدت برامج وقاية مخططة منظمة على أسس علمية فى إطار منظومة الوقاية من الإدمان.

ويقوم بتخطيط هذه البرامج وتنفيذها وتقييمها لجنة وفريق من المسئولين المتخصصين، لتحديد أهداف البرامج، وإجراءات تحقيق الأهداف، والإمكانات والميزانيات اللازمة، وإجراءات تقييم البرامج. وباختصار فإن برنامج الوقاية يحدد: ماذا (المحتوى)، ولماذا (الأهداف)، وكيف (الإجراءات)، ومن (المسئولون)، وأين (المكان)، ومتى (الزمان).

والهدف الأكبر للبرنامج هو تحقيق أهداف الوقاية من الإدمان من خلال الإجراءات. وتوجه برامج الوقاية أساساً إلى الأكثر عرضة للإدمان (عفاف عبدالمنعم، ١٩٨٤).

والمجتمع فى حاجة ماسة إلى مثل هذه البرامج الوقائية التى تتكلف أموالاً وتتطلب ميزانيات يجب توفيرها. ونحن نعلم أن ما تتكلفه البرامج الوقائية أقل بكثير مما تتكلفه البرامج العلاجية.

ويحدد محتوى البرنامج كما ورد فى منظومة الوقاية، وكذلك يحدد مكانه وزمانه بدقة وعناية.

ويلاحظ أن تنفيذ إجراءات برنامج الوقاية يحتاج إلى اتخاذ التدابير اللازمة لنجاحه فى تحقيق أهدافه، ومنها: تعاون جميع المسئولين عنه كل فى اختصاصه، وتحديد خطة زمنية للتنفيذ، واستخدام الوسائل المتطورة، واتباع الطرق الحديثة، والاستفادة من إمكانات التطور العلمى والتكنولوجى الحديث فى تنفيذ البرنامج. هذا وتركز آن فولتز Foltz (١٩٨٢) على أهمية الفحص الدورى والتشخيص والعلاج.

ومن الضرورى تقييم البرنامج الوقائى بهدف التقويم أى الإصلاح والتصحيح والتحسين وتلافى أوجه النقص فى خدماته ووسائله وطرقه وتنفيذه. ويتبع فى تقييم البرنامج الوقائى خطوات تتضمن تحديد وسائله ومعاييره وطرقه، وتحليل نتائج عملية التقييم وتفسيرها، واقتراح

خطوات تقويم وإصلاح البرنامج فى ضوء نتائج عملية التقييم. ومن أهم طرق التقييم: الدراسات المسحية، ومقارنة الطرق والأساليب المتبعة، ودراسة التغيرات السلوكية الوقائية، ومتابعة مدى النجاح الفعلى، واستطلاع رأى المسئولين والمستهدفين.

مثال: دور المدرسين فى الوقاية من الإدمان:

المدرسة هى المؤسسة التربوية الرسمية فى المجتمع. والمدرس هو المسئول الأول عن التربية والتعليم. والتربية عملية حياة يتعلم فيها الفرد الحياة عن طريق نشاطه وبتوجيه من المعلم.

ويأتى ذكر المدرسة والمدرسين بعد الأسرة والوالدين مباشرة فى التنشئة الاجتماعية وفى التربية والتعليم وأيضاً فى الوقاية حيث يمكن الاضطلاع بإجراءات الوقاية الأولية.

ويدخل المدرس ضمن فريق المسئولين عن الوقاية من الإدمان سواء فى تحديد الأهداف والإجراءات والتقييم.

والمدرس ـ بحكم عمله ـ يعطى المعارف ويعلم المهارات وينمى الوجدان.

والدور الرئيس للمدرس يتجلى فى الوقاية الأولية التى تهدف إلى منع حدوث الإدمان أو تقليل حدوثه. ويمكن للمدرس أيضاً أن يلعب دوراً فى الوقاية الثانوية التى تهدف إلى التعرف المبكر على الإدمان، حيث يتاح للمدرس فرصة الانتباه إلى أى تغيير مفاجىء فى سلوك طلابه، أو فى دراستهم وما قد يصاحب ذلك من البدء فى الإدمان.

وحيث توجه الإجراءات الوقائية من الإدمان إلى الشباب من الطلاب بصفة خاصة، فإن المدرس يلعب دوراً رئيساً وهاماً، حيث يسهم إسهاماً عملياً فى إكساب الطلاب السلوك الوقائى من الإدمان.

ويستطيع المدرس أن يسهم فى تحقيق الكثير من الأهداف الإجرائية للوقاية من الإدمان، مثل: التعريف بوسائل الوقاية من الإدمان وأسبابه ودوافعه وأنواعه ومواده ودرجاته ومراحله وأعراضه وآثاره الضارة، وأبعاد شخصية المدمن.

ويمكن للمدرس أن يشارك فى استثارة دافعية طلابه لإدراك العلاقة بين أهداف الوقاية من الإدمان والإجراءات المتبعة لتحقيقها حتى يلمسوا تقدماً عن طريق التقييم.

والمدرس هو المسئول الأول عن العمليات التربوية والتعليمية المستخدمة ضمن إجراءات الوقاية من الإدمان، والتى تتضمن التربية والتنشئة الاجتماعية السليمة، وتعلم وتبنى فلسفة حياة سليمة، وتعلم المهارات المتعلقة بالصحة النفسية والتوافق الشخصى والاجتماعى والمهنى.

وفى المدرسة، يقوم المدرسون مع الأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين بدورهم الوقائى من الإدمان، حيث يطبقون توجيهات التربية وعلم النفس، ويعقدون اجتماعات ولقاءات ومناقشات مع الطلاب، وينضم إليهم فيها الأطباء النفسيون وعلماء الدين والاقتصاد والآباء.

وفى إطار المدرسة، يستطيع المدرس المشاركة فى عملية تقييم الإجراءات الوقائية فى مجال الإدمان، وإلى أى حد تمت الإفادة منها، والحكم على مدى تحقيق الأهداف، وإلى أى مدى تغير السلوك الوقائى نتيجة لذلك.

والمدرس ـ بحكم إعداده وتدريبه ـ يستطيع استخدام أساليب تقييم إجراءات الوقاية من الإدمان مثل: الملاحظة العلمية المنظمة، والمقابلة الشخصية، ودراسة الحالة، والاستفتاءات، ومقاييس التقدير، وقوائم التقدير.

وفى برامج الوقاية، يستطيع المدرس المشاركة فى تخطيطها وتنظيمها وتنفيذها وتقييمها ضمن فريق المسئولين عن الوقاية من الإدمان.

توصيات:

فيما يلى بعض التوصيات التى نأمل تحقيقها:

* إنشاء مركز متخصص فى بحوث الإدمان.
* إجراء بحوث ودراسات عن مدى انتشار الإدمان وعدد المدمنين، ومواد الإدمان فى المجتمع بحسب السن والجنس والمستوى الاجتماعى والاقتصادى والثقافى والبيئى.
* تخصص بعض الأخصائيين فى الوقاية من الإدمان.
* إدخال الوقاية من الإدمان ضمن المقررات الأساسية فى إعداد الأطباء النفسيين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين.
* إقامة المزيد من المصحات الخاصة بالمدمنين.
* إعداد برامج وقائية متكاملة وتجريبها وتنفيذها على نطاق واسع.
* دراسة وتطوير التشريعات الخاصة بالإدمان، لتكون جامعة مانعة رادعة، وفى نفس الوقت متمشية مع الجوانب الطبية والنفسية والاجتماعية.

المراجـع

- **أحمد عكاشة (١٩٨٥).** الإدمان خطر. القاهرة: كتاب اليوم الطبى.
- **أحمد وجدى (١٩٦٠).** أثر المخدرات على الصحة النفسية. مجلة الصحة النفسية. أكتوبر ١٩٦٠. ص١٠-١١.
- **جمال ماضى أبو العزايم (١٩٦٦).** المدمنون: هل هم مجرمون أم مرضى؟ ماذا بعد حملات رجال الشرطة على مروجى المخدرات ومدمنيها؟ مجلة الصحة النفسية. سبتمبر ١٩٦٦. ص٢-٦.
- **حامد عبد السلام زهران (١٩٧٣).** الوقاية من المرض النفسى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٧٣. ص٣٢-٣٥.
- **حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨).** الصحة النفسية والعلاج النفسى (ط٢). القاهرة: عالم الكتب.
- **حسن الساعاتى (١٩٦٣).** تعاطى الحشيش كمشكلة اجتماعية. من أعمال الحلقة الثانية لمكافحة الجريمة. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- **ريتشارد سوين (ترجمة) أحمد عبد العزيز سلامة (١٩٧٩).** علم الأمراض النفسية والعقلية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- **سعد المغربى (١٩٦٦).** سيكولوجية تعاطى المخدرات. رسالة دكتوراه. كلية الآداب جامعة عين شمس.
- **عبد الرؤوف ثابت (١٩٦٤).** الإدمان على المخدرات. مجلة الصحة النفسية. العدد الأول ١٩٦٤. ص٢٧-٣٠.
- **عفاف محمد عبد المنعم (١٩٨٤).** العوامل النفسية والاجتماعية التى تؤدى إلى إدمان المخدرات وآثارها على السلوك. رسالة ماجستير. كلية الآداب جامعة الأسكندرية.
- **فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٧).** سيكولوجية الإدمان. القاهرة: عالم الكتب.
- **مصطفى سويف (١٩٦٦).** تعاطى الحشيش: آثاره النفسية والاجتماعية. مجلة الصحة النفسية. سبتمبر ١٩٦٦، ص٧-١٠.
- **محمد عماد فضلى (١٩٦٩).** دور العائلة والمجتمع فى مشكلة الإدمان. مجلة الصحة النفسية. مايو ١٩٦٩. ص٨-١٢.
- **محمد فخر الإسلام (١٩٦٧).** الطب النفسى الوقائى. مجلة الصحة النفسية. مارس ١٩٦٧. ص٢٧-٣٠.
- **Berlin, Irving N. (1967).** Secondary Prevention. In Freedman and Kaplan (Eds.). pp. 1541-1548.
- **Botvin, G.J. & Eng, A. (1982).** The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. Preventive Medicine, 11, 199-211.
- **Botvin, G.J. et al. (1984).** A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. Addiction Behavior, 9, 137-147.

- **Calnan, Michael (1985).** Patterns in preventive behaivior: A study of women in middle age. Social Science & Medicine, 20, 263-268.

- **Foltz, Anne M. (1982).** An Ounce of Prevention: Child Health Politics Under Medicaid. Cambridge: MIT Press.

- **Freedman, Alfred M. (1967).** Tertiary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.). pp. 1548-1551.

- **Freedman, Alfred M. & Kaplan, Harold I. (Eds.) 1967.** Comprehensive Textbook of Psychiatry. Baltimore: Willams & Wilkins.

- **Gunning-Schepers, Louise J. & Hagen, Hans (1987).** Avoidable burden of illness: How much can prevention contribute to health. Social Science & Medicine, 24, 945-951.

- **Nathan, Peter E. & Harris, Sandra L. (1975).** Psychopathology and Society. New York: McGraw-Hill.

- **Visotsky, Harold M. (1967).** Primary Prevention. In Freedman & Kaplan (Eds.). pp. 1537-1541.

- **Wallack, Lawrence & Winkleby, Marilyn (1987).** Primary prevention: A new look at basic concepts. Social Science & Medicine, 25, 923-930.

- **World Health Organization (1967).** Services for the prevention and treatment of dependence on alcohol and other drugs. Report No. 363. Geneva: WHO.

[١٩] الإدمان
منظور حيوى نفسى اجتماعى
ومنظور تنموى وقائى علاجى

مقدمة:

الإدمان خطر داهم مدمر يهدد سلامة الفرد والأسرة والمجتمع، يقضى على شبابنا وأبنائنا الذين هم أمل تقدمنا (ابتسام محمد على وآخرون ، ١٩٨٩).

والإدمان مشكلة متعددة الأبعاد: حيوية نفسية اجتماعية Biopsychosocial تربوية اقتصادية دينية قانونية أمنية، لها آثار سيئة متعددة على الفرد والأسرة والمجتمع، وتتطلب بذل الجهود التنموية الوقائية العلاجية.

والإدمان له تاريخ قديم، خاصة إدمان الأفيون الذى عرف باسم «نبات السعادة» منذ الحضارة السومرية القديمة، والفراعنة عرفوا الأفيون واستخدموه كدواء. ودخل الحشيش مصر عن طريق الشام فى منتصف القرن الثانى عشر الميلادى فى عهد الدولة الأيوبية. والأفيون والحشيش كانا أشيع المواد فى مصر حتى الحرب العالمية الأولى، تلى ذلك الكوكايين ثم الهيروين ثم الأقراص.

والإدمان أحد أضلاع مربع الرعب، والأضلاع الأخرى هى: التطرف والإرهاب والجُناح.

وتجدر الإشارة إلى ما يلى:

* الإدمان مشكلة محلية وإقليمية وعالمية.

* نحن نسمع أن التجارة العالمية فى مواد الإدمان قيمتها حوالى ٥٠٠ مليار دولار، ونسمع عن عمليات غسل بعض هذه الأموال القذرة.

* الجرائد لا تخلو من أخبار الإدمان.

* مصر دولة إنتاج واستهلاك وعبور.

* نحن نزرع ونصنّع ونتاجر ونتعاطى.

* قيمة مواد الإدمان فى السوق المصرية تقدر بحوالى ثلاثة مليارات من الجنيهات.

(*) مؤتمر الاتحاد العربى للجمعيات غير الحكومية للوقاية من الإدمان، القاهرة (يونيو ١٩٩٩).

* عدد قضايا تجارة الإدمان حوالى ٤٠,٠٠٠ قضية.

* نحن ـ بالإدمان ـ نخرب بيوتنا بأيدينا.

تعريف الإدمان: Addiction

الإدمان هو اعتماد فسيولوجى نفسى، واعتياد، واستخدام قهرى، وتعاطى متكرر لعقار طبيعى أو مركب ، يؤثـر على الجهاز العـصبى (تنشـيطا أو تثبـيطا)، تهدئة أو أو تسكينـا أو تخديرا أو تغـييبـا، أو تنبيـها أو تنـويما، وإذا منع أدى إلى أعـراض منع نفسـية وجـسمـية (إجـلال سرى، ١٩٩٠).

والإدمان محنة ونقمة. والإدمان لذة وألم. والإدمان هوس تسمم.

ويلاحظ أن حالة الإدمان تتصف بما يلى:

* وجود رغبة قهرية ملحة فى الاستمرار فى تعاطى العقار والحصول عليه بأى وسيلة.

* زيادة الجرعة المستخدمة بصورة مطردة.

* الاعتماد النفسى والجسمى على العقار.

* ظهور أعراض الامتناع عند الإقلاع فجأة.

* ظهور آثار ضارة على الفرد المدمن والأسرة والمجتمع.

والاعتـماد على العقـار هو حالة من الاعتـماد النفسى والجـسمى تنتج عن الاسـتخدام المزمن للعقار بشكل متقطع أو مستمر. والاعتماد النفسى بالاعتياد هو الرغبة النفسية فى تكرار استخدام العقار، وذلك لأسباب انفعالية.

ومعـروف أن تعاطى كمـيات كـبيرة من المنومـات والمهدئات والمثيـرات، يمكن أن يؤدى إلى إدمان هذه العقاقير (شارلز شيفر، هيوارد مليمان، ١٩٨٩).

مدى حدوث الإدمان:

الإدمان مشكلة محلية وإقليمية وعالمية، تزداد انتشاراً.

والإدمان أكثر شيوعاً: فى الطبقات الدنيا أكـثر منه فى الطبقات العليا، ولدى المنحرفين أكثر منـه لدى الأسوياء، ولدى المجرمين أكثر منه لدى العاديين، ولدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، ولدى المشكلين أكثر منه لدى المتوافقين، ولدى الشباب أكثر منه لدى باقى الأعمار.

تصنيف الإدمان:

يمكن تصنيف الإدمان على النحو التالى:

* إدمان عقار واحد، مقابل الإدمان متعدد العقاقير.

* الإدمان الحديث، مقابل الإدمان المزمن.

* الإدمان الأوّلى ، مقابل الإدمان العرَضى.

* الإدمان الفردى، مقابل الإدمان الوبائى.

* الإدمان المتعمد (سوء الاستخدام) ، مقابل الإدمان غير المتعمد نتيجة العلاج الطبى.

ويمكن تصنيف المواد التى تحدث الإدمان على أساس تأثيرها على النحو التالى:

* المخدرات: تنوم وتخفف الألم. وأهمها الأفيونات «من شجرة الخشخاش»، أفيون، مورفين «أقوى مخدر للألم» (مسحوق / محلول) ، هيروين «ديامورفين» (من مشتقات المورفين)، كودايين «دواء الكحة» (من مشتقات المورفين) + الحشيش، البانجو (من نبات القنّب).

* المسكنات: Sedatives تسكن الألم، مثل: باربيتيورات، باربيتون، فينوباربيتون، أميلوباربيتون، بنتوباربيتون. بيثيدين (من بديلات المورفين).

* المهدئات: Tranquilizers تهدىء وتخفف الألم، مثل، فاليوم، فاليبنيل، ليبريوم، أتيفان، أكوانيل، ترانكيلان، لارجاكتيل، روهينول (أبو صليبة).

* المنشطات/ المنبهات : Stimulants تنبه، ومضادة للتعب، مثل : أمفيتامين، ميتامفيتامين (آيس)، ديكسامفيتامين، ماكستون فورت، الكوكايين (من نبات الكوكا، ينشط الجهاز العصبى)، القات (ينشط الجهاز العصبى المركزى).

*المنومات: تحدث النوم (تهبط وظائف المخ)، مثل : لومينال، كلورال، سيكونال، أميتال.

* المهلوسات: تثير الهلوسة، مثل L.S.D. «Lysergic Acid Diethylamide» (وهو أقوى مهلوس، قرص أو طابع)، الميسكالين (من صبار المسكال، مسحوق/ سائل).

* المسكرات: مثل الكحول والخمر.

* الشعبيات: مثل الكلّة (الغراء) المذيبات الطيارة، الأسيتون (مزيل طلاء الأظافر)، التينر (مخفف الطلاء)، التربنتينا، البنزين، السبرتو.

طرق تعاطى مواد الإدمان:

يتم تعاطى مواد الإدمان عن طريق مداخل مختلفة بحسب نوع المادة، وحسب درجة الإدمان، وأشيع الطرق هى:

* التعاطى عن طريق الفم: كما فى مضغ القات، واستحلاب الأفيون، وبلع الأمفيتامين، وشرب الخمر أو الكودايين، وفى مشروبات مثل الشاى أو القهوة مثل الأفيون.

* التعاطى عن طريق الحقن: تحت سطح الجلد أو فى الوريد كما فى المورفين. وتعرف هذه الطريقة باسم «الخط الرئيس» Main Line .

* التعاطى عن طريق الشم: كما فى حالة الكوكايين.

* التدخين: كما فى حالة البانجو والحشيش.

(إجلال سرى ، ١٩٩٠).

مراحل الإدمان:

قد يبدأ الإدمان عند إساءة استخدام الدواء، أو عند استخدام عقار لغير غرض طبى، أو عند تعاطى مادة من باب التجريب أو من باب الترويح.

ويبدأ الإدمان عادة فى صورة اعتماد نفسى، حيث يشتاق المتعاطى إلى التخفف من التوتر وإلى الشعور بالسعادة، ومع استمرار التعاطى ينشأ الاعتماد الجسمى.

* مرحلة ما قبل الإدمان (مرحلة التحمل Tolerance): حيث يبدأ التعاطى التجريبى، وحيث يكثر الفرد من تعاطى العقار أكثر من الاستعمال العادى، فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار ، فيتعاطى جرعات متزايدة ليحصل على التأثير المطلوب.

* مرحلة الإنذار بالإدمان (مرحلة التعود Habituation): حيث يتعود الفرد تعاطى العقار بانتظام منفرداً ودون الصحبة العادية، وقبل الأحداث والمواعيد الهامة، وفى الصباح لخفض التوتر، وحدوث التعاطى رغم المقاومة الشديدة، وحدوث اعتماد نفسى على العقار، وحدوث توتر وضيق عند إيقاف التعاطى..

* مرحلة الإدمان (مرحلة الاعتماد Dependence): حيث يحدث اعتماد نفسى وفسيولوجى على العقار، ويصبح من الصعب التوقف عن التعاطى لمدة تزيد عن ٢٤ ساعة، مع عدم القدرة على التحكم فى الكمية التى تتعاطى.

* مرحلة الإدمان المزمن: حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو الرئتين، ومضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان، ومضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسرى ونقص الإنتاج . ورغم حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطى.

شخصية المدمن:

تختلف شخصية المدمـن عن شخصية غير المدمن. وتتسم شخصيـة المدمن بخصائص تجعلها تربة خصبة وصالحة للإدمان، إذا تساوت الظروف الأخرى.

ومن أهم خصائص شخصية المدمن ما يلى:

* غير ناضجة : (عقليا ، واجتماعيا، وانفعالياً، وأخلاقياً، ودينياً).
* سيئة التوافق (شخصياً واجتماعياً).
* مريضة جنسياً (ضعف أوعجز أو انحراف).
* متقلبة (انفعالياً).
* انطوائية (منكفئة على الذات).
* قلقة (خوف من المجهول).
* خُوافية (خوف مَرضى).
* هستيرية (مضطربة انفعالياً مع خلل فى أعصاب الحس والحركة).
* اكتئابية (عُصابية أو ذُهابية).
* وسواسية قهرية (خاصة فى التعاطى).
* نرجسية (عشق الذات).
* ماسوكية (تحب التعذب).
* عدوانية (نحو الذات ونحو الآخرين).
* سيكوباتية (معتلة نفسياً).

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٩).

أسباب الإدمان:

تتعدد أسباب الإدمان، ومنها:

* أسباب بيولوجية، وأهمها:

ـ اعتماد الجسم على العقار، وكأن أنسجة الجسم تعتبره أحد المكونات اللازمة لأداء وظائفها، ومن ذلك إساءة استخدام العقار المسموح به طبياً إلى درجة تسمم الجسم به «الإدمان من خلال العلاج».

ـ التخلص من الألم الجسمى للمرض، خاصة فى الأمـراض المزمنة أو المستعصية، وخاصة فى حالة العلاج المستمر.

* أسباب نفسية، وأهمها:

ـ الاستعداد النفسى للإدمان.

ـ حب الاستطلاع والتجريب.

ـ اضطراب الشخصية ، وخاصة الاضطراب العاطفى.

ـ الانحلال الخُلقى وضعف القيم الدينية.

ـ التوتر المستمر وعدم الاستقرار.

ـ الاكتئاب.

ـ القلق.

ـ الوسواس.

ـ الهروب من الواقع المؤلم نفسياً.

ـ سوء التوافق أو الضعف الجنسى.

ـ المشكلات الشخصية والانفعالية (المتراكمة) دون حلول.

ـ الصدمات النفسية العنيفة.

* أسباب اجتماعية: وأهمها:

ـ تأثير رفاق السوء من المدمنين، والخضوع للضغط والإغراء.

ـ كبر حجم دخل الأسرة، وزيادة مصروف الأبناء.

ـ سهولة الحصول على مواد الإدمان.

ـ سهولة صرف العقاقير الطبية.

ـ حب الاستطلاع والفضول الضار على سبيل التجريب.

ـ التقليد الأعمى للمدمنين.

ـ ضغط العمل المستمر، وعدم الأمن مادياً واقتصادياً.

ـ صراع الأجيال.

- وقت الفراغ غير المرشّد، والبحث المستمر عن المتعة واللهو والتسلية.
- القبول الاجتماعى للإدمان بدعوى أنه يزيد من السرور والانشراح والمتعة الجنسية.
- بيئة الإدمان فى الأسرة أو الأقارب أو المعارف.

(المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٩أ).

أعرض الإدمان:

من أعراض الإدمان ما يلى:

* نظرات زائغة ، وعيون دامعة ، ونعاس.
* تمركز حول الذات.
* شذوذ الأفكار.
* نقص الشعور بالمسئولية.
* سلوك مضاد للذات.
* سلوك مضاد للمجتمع، مثل: البغاء، والسرقة، والاحتيال، والتسول، وضعف الضمير.
* انسحاب وانشغال بالذات والعقار.
* سلوك قهرى متعلق بالحصول على العقار بأى وسيلة وتعاطيه.
* اعتماد نفسى على العقار (اعتياد).
* اعتماد جسمى على العقار، يتضمن حالة فسيولوجية معدلة ناشئة عن الإدمان تتميز بظهور أعراض الامتناع عند التوقف عن التعاطى.
* الإصابات والعدوى الجلدية، والإصابة بمرض الإيدز (فى حالات استخدام الحقن).
* نقص الاتزان الحركى.
* هوس التسمم Toxicomania .

(إجلال سرى ، ١٩٩٠).

أعراض الامتناع (أو المنع):

تتمثل فى «زملة الامتناع» Abstinence Syndrome، وخاصة بعد التعاطى لمدة طويلة وبكثرة، وهى تجمع أعراض التوتر والقلق والاكتئاب والتهيج العصبى وفقد الشهية والأرق والاضطراب المعرفى واضطراب العمل والعدوان.

وتكون ذروة ظهـور أعـراض الامتناع مـا بين ٤٨ ـ ٧٢ سـاعة، ثم تـبدأ هذه الأعـراض فى الزوال التدريجى فى حدود من ٧ ـ ١٠ أيام.

آثار وأضرار الإدمان:

تتعدد آثار الإدمان وأضراره ومضاعفاته بيولوجياً ، ونفسياً، واجتماعياً، وهى كما يلى:

*** الآثار البيولوجية، ومنها:**

- اضطراب الجهـاز العصـبى خاصة المخ والمخـيخ والحبل الشوكـى والأعصاب، مـثل الصرع والرعشة والتشنج.
- اضطراب وظائف أجـهزة الجـسم وإصابته بـأمراض مثل: أمـراض الجهـاز الدورى والقلب والجهاز التنفسى والصدر والجهاز الهضمى والمعدة والكبد وضعف المناعة «الإيدز».
- اضطراب الوظيفة الجنسية وخاصة الضعف الجنسى، أو اختفاء الرغبة الجنسية فى حالة غياب العقار.
- الموت المفاجىء نتيجة الجرعة الزائدة.

*** الآثار النفسية، ومنها:**

- اختلال الوظائف العقلية (اضطراب الوعى والنسيان والغفلة والهذيان والخرف)، وقد يصاب المدمن باختلاط عقلى لا يستطيع معه تحديد الكمية المطلوبـة من العقار، فيتناول كمية كبيرة قد تودى بحياته، ويظن البعض أنه أقدم على الانتحار.
- التقلب الانفعالى والعاطفى (الاستثارية والغيرة).
- الهلوسات (البصرية، والسمعية، والشمية، والذوقية، واللمسية).
- اضطراب السلوك وعدم السيطرة عليه بصفة عامة.
- الانهيار الأخلاقى والدينى.
- السلبية واللامبالاة.
- الانطواء والهم والاكتئاب ومحاولة الانتحار أحياناً أو الانتحار فعلاً.
- الانشغال بالتعاطى عن مشاغل الحياة ومسئولياتها.
- وهْم الإدمان وإغـراؤه ، والشعوربالارتياح والانشـراح والبهجة والمرح واللذة والثقة بالنفس والنشوة والقوة وخاصة القوة الجنسيـة والهروب من الواقع المؤلم ومشكلاته، كمظهر إيجابى له أثر سيء.

*** الآثار الاجتماعية، ومنها:**

- سوء التوافق الاجتماعى.
- اضطراب العلاقات الأسرية وتفكك الأسرة.
- وجود قدوة سيئة فى حالة إدمان أحد الوالدين أو كليهما.
- الإجرام ، مثل: السرقة.
- البلطجة والعنف والتطرف والإرهاب.
- الحوادث (مثل حوادث الطرق وحوادث العمل).
- الانحراف الجنسى ، وربما الدعارة.
- البطالة.
- الإهمال وانخفاض مستوى الإنتاجية وانخفاض الإنتاج.
- الفقر وانخفاض المستوى المعيشى للأسرة، وحدوث خسارة قومية نتيجة للمبالغ الضخمة التى تصرف فى الحصول على مواد الإدمان وتقدر بالمليارات، واعتلال صحة المدمنين جسميا ونفسيا ، واجتماعيا، مما يؤثر على الإنتاج، والجهود الضخمة والمكلفة التى تبذل لمكافحته والوقاية منه وعلاجه (أحمد عكاشة ، ١٩٨٥).

تشخيص الإدمان:

يتضح تشخيص الإدمان من خلال ما يلى:

* قوة قهرية Compulsive ، ورغبة ملحة لتعاطى العقار.

* تكرار التعاطى.

* تزايد الجرعة.

* الاعتماد النفسى والجسمى على العقار.

* سلوك غير متوافق.

* أعراض جانبية شديدة عند المنع.

ويجب التفرقة بين الإدمان والتعود.

الوقاية من الإدمان:

تأتى الإجراءات التنموية قبل الإجراءات الوقائية فى الترتيب والأهمية. ومن المنظور التنموى، تستطيع مؤسسات التربية والتنشئة الاجتماعية فى الأسرة والمدرسة ودور العبادة ووسائل الإعلام

وفى مجال العمل القيام بدور تربوى تعليمى تنموى يؤكد على التوعية بآثار الإدمان ومضاره، بما يؤدى إلى جعل الناس لا يقربون الإدمان.

ويمكن تناول الوقاية من الإدمان فى شكل منظومة ذات حلقات ثلاث هى: الأهداف، والإجراءات، والتقييم. ومعروف أن الوقاية لها مراحل ثلاث هى: الوقاية الأولية (منع الحدوث)، والوقاية الثانوية (التدخل المبكر)، والوقاية فى المرحلة الثالثة (ضد الانتكاس) (حامد زهران، ١٩٨٨).

ويلاحظ بالنسبة للوقاية من الإدمان ما يلى:

* الوقاية تحصين، يغنى عن العلاج، وجرام وقاية خير من طن علاج.

* أهمية دور جمعيات الوقاية من الإدمان.

* الاكتشاف المبكر (فى الأسرة والمدرسة)، حيث يلاحظ العصبية والعزلة والإسراف وتدهور الصحة لدى الأبناء وخاصة خلال الفترات الحرجة فى حياتهم وعند مصادقة رفاق السوء، وخلال مواقف التوتر الأسرية، مما يجعل الأبناء أكثر عرضة للدخول فى دائرة الإدمان (أنور الشرقاوى، ١٩٩١).

* مضاعفة وتفعيل دور الإدارة العامة لمكافحة المخدرات محلياً وإقليمياً وعالمياً.

* مضاعفة وتفعيل جهود المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان (برئاسة رئيس مجلس الوزراء ، وعضوية وزراء: التأمينات والشئون الاجتماعية، والقوى العاملة، والعدل، والإعلام ، والحكم المحلى، والأوقاف ، والتربية والتعليم، والثقافة، والصحة والسكان ، والداخلية، والشباب، ومدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية). ويجدر الإشارة أيضاً إلى جهود صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى (المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٢).

مآل الإدمان:

يعتمد مآل الإدمان على شخصية الفرد قبل الإدمان.

ويتحسن المدمن ذو الشخصية الأكثر سواء، أما المدمن السيكوباتى الشخصية فمآله أقل تفاؤلاً.

وعلى العموم، فمآل الإدمان يتراوح بين: ثلث شفاء تام، وثلث تحسن مع نوبات انتكاس، وثلث فشل.

وكلما بدأ علاج الإدمان مبكراً ، وكلما زادت فترات العلاج طبيا ونفسيا واجتماعيا، زاد الأمل فى الشفاء.

علاج الإدمان:

يهتم المجتمع بعلاج الإدمان من كافة النواحى، وبكل الوسائل ، وجميع التخصصات . وفيما يلى أهم إجراءات علاج الإدمان بصفة عامة:

○ **العلاج الطبى:** يتم العلاج الطبى المناسب للحالة، بدءاً بالتخلص من تسمم الإدمان، وبعلاج النواحى الجسمية، واستخدام المهدئات والمسكنات والمنومات تحت الإشراف فى بداية العلاج، للتوقف عن استخدام العقار، وعلاج أعراض الانسحاب، بحيث تكون مهدئات ليس لها خاصية الانسحاب مثل الكلوربرومازين. ويستخدم الميثادون بدل الأفيون (مع الحرص حتى لا يساء استخدامه). وتستخدم عوائق التعاطى مثل الدايسلنيرام فى حالة إدمان الكحول تحت الإشراف الطبى. ويتم علاج الأمراض الجسمية المرتبطة بالإدمان فى أجهزة الجسم المختلفة.

○ **العلاج النفسى:** المدمن مريض نفسياً ، يحتاج للعلاج الفردى أو الجماعى، والإرشاد النفسى، الذى يركز على مواجهة المريض لمشكلاته الانفعالية، وعلاج مصاحبات الإدمان مثل القلق والخواف والاكتئاب. ومن الطرق العلاجية ما يلى:

- العلاج الجماعى: وهذا يقلل من شعور المدمن بالعزلة والوحدة، ويكسبه استبصاراً بحالته عندما يقارنها بحالة زملائه فى العلاج.
- العلاج المعرفى: ويتضمن تعديل الأفكار الخاطئة والميسرة للتعاطى، واستبدالها بالأفكار الصحيحة المثبطة للتعاطى.
- العلاج السلوكى: للتخلص من عادة وسلوك الإدمان المكتسب، وأهم أساليبه، العلاج التنفيرى حيث يرتبط تناول العقار بالشعور بالألم والاشمئزاز والنفور بدلاً من اللذة. ويستخدم مع تناول عقاقير أخرى منفرة مثل إميتين المسبب للغثيان والقىء الذى ينفر حين يصاحب تناول العقار. وبتكرار هذه العملية يرتبط تناول العقار بالقىء فيمتنع الفرد عن التعاطى.
- العلاج التدعيمى: ويتركز على الدعم المعنوى للمدمن، وتأكيد الذات، وقوة الإرادة ، والثقة فى النفس، والأمل فى الشفاء.
- العلاج والإرشاد النفسى الدينى: لتدعيم المفاهيم والسلوك الدينى، حيث لا ضرر ولا ضرار، مع الإستعانة بعلماء الدين الإسلامى ورجال الدين المسيحى (حامد زهران، ١٩٩٧ ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان. ١٩٩٩ ب).

• **العلاج الاجتماعى:** الأسرة هى الحصن الأول لمواجهة الإدمان ولها دور كبير فى علاج الإدمان. ويهتم الأخصائى الاجتماعى بتقديم الخدمة الاجتماعية اللازمة للمدمن وبيئته الاجتماعية، مستعيناً بكل من يهمه أمر المدمن، بالإجراءات المناسبة فى الأسرة والعمل، وتفسير طبيعة الإدمان للأسرة، والتعامل مع الرفاق، والابتعاد عنهم ، وتنظيم وقت الفراغ والأنشطة الترويحية، مع الاهتمام بتأهيل المدمن اجتماعياً ومهنياً لعدة شهور قبل الخروج من المستشفى، ومناقشة خططه المستقبلية لإعادة دمجه فى الأسرة والمجتمع حتى يمارس الحياة بشكل طبيعى.

• **علاجات مساعدة:** يستخدم العلاج المائى ، والعلاج بالترويح، والعلاج بالعمل، والعلاج بالموسيقا، وهى كلها علاجات مساعدة أثناء فترة الانسحاب. ويلاحظ أن نسبة من المدمنين قد يقلعون عن الإدمان من تلقاء أنفسهم دون مساعدات علاجية بعد سنوات من التعاطى، بسبب كارثة كالتهديد بالطرد من العمل، أو بعد مرض جسمى كتليف الكبد، أو الهذيان الارتعاشى، أو بعد حادث سيارة. وعلى العموم فإن علاج الإرادة يلعب دوراً كبيراً فى الإقلاع الذاتى عن الإدمان.

• **توصيات علاجية عامة:** هناك توصيات عامة فى علاج الإدمان، أهمها ما يلى:

- إعداد أعضاء فريق علاج الإدمان الذى يشمل الطبيب والممرض، والأخصائى النفسى والمعالج النفسى والأخصائى الاجتماعى.
- التدخل العلاجى المبكر بما يعطى عائداً أفضل وأقل تكلفة مما يترتب على التدخل العلاجى المتأخر.
- إجراء علاج الإدمان فى مصحة، ضماناً لعدم إمكان الحصول على مواد الإدمان (وهذا يتطلب إنشاء مزيد من مصحات علاج الإدمان). وتقيم بعض الدول مجتمعات وقرى علاجية لحالات الإدمان).
- دعم العيادات الخارجية الملحقة بخدمات الصحة المدرسية ومستشفيات الطلبة الجامعيين، ومستشفيات قطاع عمال المصانع والتأمين الصحى.
- دعم ومضاعفة جهود مراكز علاج الإدمان الحكومية، والجمعيات الأهلية العاملة فى مواجهة الإدمان، وأندية الدفاع الاجتماعى.
- إثارة الرغبة القوية وإرادة الشفاء لدى المدمن.
- النظر إلى المدمن على أنه مريض يعالج، وليس مجرماً يحاكم.

- تعريف المدمن وإقناعه بأضرار الإدمان، وتشجعيه على الامتناع عن التعاطى والتأكد أن العودة للتعاطى مرة واحدة كفيلة بالعودة للإدمان ثانية.
- الاحتفاظ بأى مواد إدمان بعيداً عن متناول يد الأطفال مثل الأدوية والمستنشقات.
- الاهتمام بعلاج مصاحبات الإدمان مثل: القلق والخواف والاكتئاب والسيكوباتية والاضطرابات الجسمية.

(إجلال سرى، ١٩٩٠ ، المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، ١٩٩٢).

المتابعة:

يجب الاهتمام بالمتابعة الدورية والرعاية اللاحقة النشطة طويلة الأمد (للناقهين من الإدمان بعد فترة العلاج)، لتجنب النكسة ومساعدة الناقه على التوقف نهائياً إلى غير رجعة عن الإدمان، وذلك بمتابعة الأسباب المحتملة التى قد تعيد المريض إلى الإدمان مرة أخرى، والاكتشاف المبكر للعلامات المنذرة لاحتمالات النكسة لسرعة التصرف تجاهها. ومن الضرورى متابعة التغلب على الإلحاح للعودة، والقدرة على مواجهة المشكلات والمواقف المختلفة، ومتابعة توافق الناقه مع أسرته ومجتمعه حتى يقلع تماماً عن الإدمان.

***

مراجع

- **ابتسام محمد على، إمام أحمد عوض، محمد عبد الحليم** (١٩٨٩). الإدمان فى مصر: الخطر والمواجهة. القاهرة: الهيئة العامة للاستعلامات.
- **إجلال محمد سرى** (١٩٩٠). الأمراض النفسية الاجتماعية. القاهرة: عالم الكتب.
- **أحمد عكاشة** (١٩٨٥). الإدمان خطر. القاهرة: كتاب اليوم الطبى.
- **الإدارة العامة لمكافحة وعلاج الإدمان** (١٩٩٢). استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر (التقرير النهائى). القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- **المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان** (١٩٩٨). الدليل الإرشادى العام: المخدرات، أوهام ـ أخطار ـ حقائق. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- **المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان** (١٩٩٩). دليل الأخصائى النفسى فى الوقاية والعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- **المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان** (١٩٩٩ أ). الدليل الطبى للعلاج من الإدمان. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- **المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان** (١٩٩٩ ب). الدليل الإرشادى للدعاة للتوعية بمخاطر الإدمان والمخدرات. القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطى.
- **أنور الشرقاوى** (١٩٩١). الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب . سرس الليان: المركز الإقليمى لتعليم الكبار.
- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٨٨). الوقاية فى مجال الإدمان. المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان: «الوقاية ـ العلاج ـ المتابعة». القاهرة (سبتمبر ١٩٨٨).
- **حامد عبد السلام زهران** (١٩٩٧). الصحة النفسبة والعلاج النفسى. (ط٣). القاهرة: عالم الكتب.
- **شارلز شيفر، هوارد ميلمان (ترجمة) نسيمة داود، نزيه حمدى** (١٩٨٩). مشكلات الأطفال والمراهقين، وأساليب المساعدة فيها . عمان : منشورات الجامعة الأردنية.
- **عادل صادق** (١٩٩٤). الإدمان له علاج. القاهرة: دار التكنولوجيا للطباعة والنشر.
- **محمد قرنى** (١٩٨٦). الإدمان: كيف؟ ولماذا؟ القاهرة: المركز العربى الحديث.
- **مصطفى سويف** (١٩٩٠). الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

[٢٠] دليل فحص ودراسة الحالة «فى الإرشاد والعلاج النفسى»(*)

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي (٢٥) وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي (٢٦) وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِّن لِّسَانِي (٢٧) يَفْقَهُوا قَوْلِي﴾

تعليمات للفاحص

هذا الدليل: عبارة عن الخطوط الرئيسة والفقرات المحددة لعملية فحص ودراسة حالة العميل، فى مرونة، ليسترشد به الفاحص فى جمع المعلومات ـ بتصرف ـ حسب سن وجنس وثقافة وحالة العميل. ويقصد بالمرونة والتصرف مثلا الكلام بالعامية أو إضافة بعض الشرح والإيضاح المختصر، أو حذف بعض الفقرات التى تنطبق فقط على الجنس الآخر، أو على المتزوج بالنسبة للأعزب والأعزب بالنسبة للمتزوج.... إلخ.

تقدير السمات والقدرات والاستعدادات: يكون على أساس درجة وجودها أو عدم وجودها. و فى حالة استخدام الاختبارات توضع الدرجات والنتائج. وفى حالة التقدير العام يوضع التقدير على أساس مقياس ثلاثى. ويجد الفاحص ثلاث إشارات أمام بعض الفقرات هى (ـ ٠ +) ويرسم دائرة حول الإشارة المناسبة لتدل على درجة وجود السمة أو القدرة أو الاستعداد. ومعنى هذه الإشارات على سبيل المثال لا الحصر كما يلى:

ــ = ضعيف، قليل، نادرا. ٠ = متوسط، بين بين، أحيانا.

+ = جيد، كثير، غالباً.

تحديد الأسباب والأعراض: يجد الفاحص عدداً من الأسباب أو الأعراض بين قوسين هكذا (   ) بالبنط العادى، ويرسم دائرة حول السبب أو العرض الموجود حسب الحالة.

ملاحظات:

* يقوم كل أخصائى بالفحص حسب تخصصه.

* المعلومات الموجودة بين قوسين هكذا [   ] بالبنط الصغير موضوعة لتيسر عمل الفاحص فقط ولا توضع عليها علامات.

* الكلمة التى تحتها خط مقطع هى كلمة تتكرر كلما ترى شرطة صغيرة بعدها.

(*) حامد زهران (١٩٧٦). دليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى. القاهرة: عالم الكتب.

(أولا) البيانات العامة

اسم العيادة: رقم الحالة:

(١) العميل:

الاسم [ثلاثيا].................................اسم الشهرة [إن وجد] ....

الجنس: (ذكر، أنثى) تاريخ اليوم .... الديانة ....

تاريخ الميلاد .... العمر ....محل الميلاد ....

عنوان السكن الدائم .... المؤقت ....

التليفون الدائم .... المؤقت ....

إذا كان طالبا: المدرسة أو الكلية ....العنوان ....

التليفون ....الصف الدراسى ....

إذا لم يكن طالبا: آخر مدرسة أو كلية كان بها ....العنوان ....

أعلى مستوى دراسى أكمله ....

المهنة ....عنوان العمل ....التليفون ....

الحالة الاجتماعية: (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) عدد الأولاد ....ذكور ....أناث ....

الجنسية ....

(٢) الأب:

الاسم .... هل هو على قيد الحياة: (نعم، لا) ....

تاريخ الوفاة .... سبب الوفاة ....

العمر [بالسنة]...................................... المهنة ....

المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة.........................)

العنوان...................................... التليفون .... الجنسية ....

(٣) الأم:

الاسم .... هل هى على قيد الحياة: (نعم، لا)

تاريخ الوفاة .... سبب الوفاة ....

العمر [بالسنة]...................................... المهنة [إن وجد]....................................

المستوى التعليمى: (أمية، تقرأ وتكتب، شهادة ....) الجنسية ....

(٤) ولى الأمر:

الاسم .... العمر [بالسنة]: ....

المهنة ....المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة ....)

العنوان .... التليفون .... القرابة ....

(٥) الإخوة والأخوات: [بالترتيب حسب الميلاد، ومن بينهم العميل]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى	ملاحظات [شقيق، غير شقيق، يعيش بالمنزل، يعيش بعيداً]
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٦) الزوج أو الزوجة:

الاسم: .... العمر [بالسنة]: ....

المهنة: .... المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة ....)

(٧) الأولاد: [بالترتيب حسب الميلاد]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....

(٨) الأفراد الذين يعولهم: [غير الزوج أو الزوجة والأولاد]

الاسم	العمر	القرابة	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(أولا) البيانات العامة

اسم العيادة: رقم الحالة:

(١) العميل:

الاسم [ثلاثيا]..........................اسم الشهرة [إن وجد] ....

الجنس: (ذكر، أنثى) تاريخ اليوم .... الديانة ....

تاريخ الميلاد .... العمر ....محل الميلاد ....

عنوان السكن الدائم .... المؤقت ....

التليفون الدائم .... المؤقت ....

إذا كان طالبا: المدرسة أو الكلية ....العنوان ....

التليفون ....الصف الدراسى ....

إذا لم يكن طالبا: آخر مدرسة أو كلية كان بها ....العنوان ....

أعلى مستوى دراسى أكمله ....

المهنة ....عنوان العمل ....التليفون ....

الحالة الاجتماعية: (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) عدد الأولاد ....ذكور ....أناث ....

الجنسية ....

(٢) الأب:

الاسم .... هل هو على قيد الحياة: (نعم، لا) ....

تاريخ الوفاة .... سبب الوفاة ....

العمر [بالسنة].......................... المهنة ....

المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة..........................)

العنوان.......................... التليفون .... الجنسية ....

(٣) الأم:

الاسم .... هل هى على قيد الحياة: (نعم، لا)

تاريخ الوفاة .... سبب الوفاة ....

العمر [بالسنة].......................... المهنة [إن وجد] ....

المستوى التعليمى: (أمية، تقرأ وتكتب، شهادة ....) الجنسية ....

(٤) ولى الأمر:

الاسم .... العمر [بالسنة]: ....

المهنة .... المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة ....)

العنوان .... التليفون .... القرابة ....

(٥) الإخوة والأخوات: [بالترتيب حسب الميلاد، ومن بينهم العميل]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى	ملاحظات [شقيق، غير شقيق، يعيش بالمنزل، يعيش بعيداً]
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٦) الزوج أو الزوجة:

الاسم: .... العمر [بالسنة]: ....

المهنة: .... المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة ....)

(٧) الأولاد: [بالترتيب حسب الميلاد]

الاسم	العمر	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....
....	....	....	....

(٨) الأفراد الذين يعولهم: [غير الزوج أو الزوجة والأولاد]

الاسم	العمر	القرابة	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٩) الأقارب والآخرون الذين يعيشون مع الأسرة

الاسم	العمر	القرابة	المدرسة أو المهنة	المستوى التعليمى
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(١٠) الآخرون الذين يمكن الاستعانة بهم:

الاسم	العمر	القرابة أو العلاقة	المهنة أو المدرسة	المستوى التعليمى	العنوان	التليفون
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....

(١١) محيل الحالة أو جهة الإحالة:

الاسم .... العنوان ....

التليفون .... تاريخ الإحالة ....

سبب الإحالة ....

....

....

(ثانياً) المشكلة أو المرض الحالى

(١) تحديد المشكلة أو المرض الحالى:

على لسان العميل ....

على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر ....

على لسان الزوج أو الزوجة ....

على لسان قريب أو صديق ....

كما ورد فى خطاب الإحالة ....

(٢) أسباب المشكلة أو المرض الحالى:

على لسان العميل ....

على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر ....

على لسان الزوج أو الزوجة ....

على لسان قريب أو صديق ....

كما ورد فى خطاب الإحالة ....

(٣) أعراض المشكلة أو المرض الحالى:

على لسان العميل ....

على لسان الأب أو الأم أو ولى الأمر ....

على لسان قريب أو صديق ....

كما ورد فى خطاب الإحالة ....

(٤) تاريخ المشكلة أو المرض الحالى:

تاريخ ظهور المشكلة أو المرض الحالى لأول مرة ....

الأوقات التى يقل فيها ظهور المشكلة أو المرض الحالى ....

(٥) الجهود العلاجية السابقة:

اسم المعالج .... العنوان .... التليفون ....

جهود ذاتية ....محاولات علاجية أخرى ....

(٦) التغيرات التى طرأت على الحالة:

اتجاه التغير: (إلى أحسن، كما هى، إلى أسوأ) سبب التغير: (نتيجة العلاج، تلقائى مع مرور الوقت)

(٧) المشكلات أو الأمراض الأخرى:

نفسية .... اجتماعية ....

تربوية .... طبية ....

(ثالثا) الفحص النفسي

(١) آخر فحص نفسي:

تاريخه .... اسم الأخصائي ....

عنوانه .... التليفون .... هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)

(٢) الأمراض النفسية السابقة:

المرض	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٣) الأمراض النفسية في الأسرة:

الاسم	العمر	المرض	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....

(٤) الذكاء:

الاختبار أو المقياس	نسبة الذكاء	متوسط نسبة الذكاء
....	....	....
....	....	....
....	....	....

(٥) القدرات العقلية:

القدرة	الاختبار أو المقياس	النتائج
القدرة اللفظية	....	....
القدرة العددية	....	....
القدرة الميكانيكية	....	....
القدرة المكانية	....	....
القدرة الفنية	....	....
القدرة الموسيقية	....	....
مهارة يدوية	....	....
قدرات أخرى	....	....
....	....	....

(٦) الشخصية:

الاختبار أو المقياس	ملخص النتائج
....	....
....	....
....	....

(٧) اضطرابات الشخصية:

أ. اضطراب سمات الشخصية: (انطواء، عصابية، ذهانية، تطرف، صلابة، تسلطية، عدوانية، ضعف عقلي، عدم ثبات انفعالي، محافظة، خضوع، ضعف الأنا الأعلى، حرص، خجل، نقد الذات، شعور بالإثم، تواكل، ضعف اعتبار الذات، ضعف التوتر الدافعي، سذاجة).

ب. اضطرابات الشخصية العامة:

* شخصية سيكوباتية: (سلوك مضاد للمجتمع، تشرد، هروب، تسول، كذب، سرقة، تخريب، إشعال نار، قتل، محاولات انتحار).

* إدمان: (ـ عقاقير ـ منشطات ـ مخدرات ـ كحول).

* انحرافات جنسية: (جماع محارم، لواط أطفال، جنسية مثلية، اعتداء، اغتصاب، بغاء، قيادة للزنا، حمل مفاتح، حك، تطلع، استعراض، عري، كتابة فاحشة، سادية، ماسوشية، حيوانية، فمية، شرجية).

* اضطراب السلوك الجنسي: (شراهة، عدم ضبط النفس، إباحية، استمناء، تبغية، نشر رسوم وصور، كتابة شبقية، ارتداء ملابس، نرجسية، عادة سرية، شلل نفسي تجنبي، ازدواجية، تخنث، تثبيت، نكوص، سلبية، ضعف، برود، نفور، ضعف انتعاظ، تقلص مهبلي، عسر جماع، خُواف جنسي).

جـ. أخرى: (**شخصية:** اكتئابية، قهرية ـ منفصمة ـ مزدوجة ـ هذائية ـ غريبة ـ صرعية ـ سببية ـ مشكلة ـ منحرفة ـ قاصرة ـ مختلة ـ مهتزة ـ متفككة ـ متصارعة).

(٨) الصحة النفسية والتوافق النفسى:

الاختبار أو المقياس	ملخص النتائج
....	....
....	....
....	....

(٩) الأسباب النفسية للمشكلة أو المرض:

أ. اضطراب النمو:

* الحمل: (غير طبيعى، توتر وقلق أثناءه، اضطراب صحة الأم أثناءه، تسمم أثناءه، عدوى أثناءه، غير مرغوب فيه، محاولات إجهاض).

* الولادة: (عسرة أو باستخدام آلات، قيصرية، إصابة أثناءها، وليد غير مرغوب فيه، تفضيل طفل من الجنس الآخر، رفض الوليد، تشوهات ولادية).

* الرضاعة: (صناعية، جهل الأم بأساليبها، فطام مبكر، فطام مفاجىء، فطام عنيف).

* الطفولة: (تأخر سن: ـ رفع الرأس ـ الجلوس منفردا ـ الحبو ـ الوقوف ـ المشى ـ التسنين ـ الكلام ـ ضبط التبول ـ ضبط التبرز ـ نظافة الجسم ـ بداية الاستطلاع والأسئلة ـ التمييز بين الصواب والخطأ، خبرات نفسية صادمة مثل: موت والد أو أخ، حادث، عملية جراحية، مرض شديد، انفصال عن الوالدين، إحباط، حرمان، ذكريات أليمة، خبرات جنسية صادمة، إعداد غير كاف للمراهقة).

* البلوغ الجنسى والمراهقة: (بلوغ مبكر وشعور بخجل وذنب، بلوغ متأخر وشعور بعجز، تأخر نضج نفسى وجنسى، سوء تربية جنسية، معلومات خاطئة، صدمة بلوغ، انزعاج وقلق ومخاوف، اتجاه خاطىء نحو الجنس، عدم فهم الدافع الجنسى، عدم الاتجاه عاطفيا نحو الجنس الآخر، خبرات جنسية مؤلمة، عدم توازن فى نمو الشخصية جسميا وعقليا واجتماعيا وانفعاليا، إعداد غير كاف لمرحلة الرشد).

* الزواج: (عنوسة وتأخر زواج، كره زواج، خواف زواج، هوس زواج، حرمان جنسى رغم الزواج، نقص إشباع نفسى، نقص أمن، نقص حب، عقم، انفصال، طلاق، ترمل).

* سن القعود: (نقص قوى جنسية، تدهور جسمى وعقلى، إحباط، قلق، اكتئاب، شعور بنقص، شعور بعدم الأهمية، محاولة انتحار).

* الشيخوخة: (فقدان دقة الحواس، ضعف جسمى ونقص حيوية، تصلب شرايين المخ، تدهور وظائف المخ العليا، ضعف حركة، شعور بالحرمان، شعور بالنقص، شعور بقرب النهاية، تدهور نفسى، ملل، سوء توافق مع الجديد، مشكلات تقاعد، عجز واعتماد على الآخرين، شعور بعدم النفع، شعور بفراغ وعزلة).

ب ـ **الصراع:** بين الدوافع والمعايير الاجتماعية ـ بين الحاجات الشخصية والواقع ـ داخلى ـ أدوار اجتماعية ـ ثقافى بين الأجيال ـ مع السلطة ـ بين الرغبة الجنسية وموانع إشباعها).

جـ **الإحباط:** (إعاقة رغبات، خيبة أمل، خسارة مالية، رسوب، فشل، إحباط جنسى، نمو جسمى متأخر، قيود والدية، شعور بعجز، خبرات معوقة، تدخل الآخرين).

د ـ **الحرمان:** (ـ من دافع الوالدية لفقدان الولد أو العقم ـ من حب ورعاية الوالدين ـ حيوى ـ نفسى مبكر ـ بيئى عام ـ من إشباع الحاجات الأساسية).

هـ **اخفاق حيل الدفاع النفسى:** (اخفاق الكبت، استحالة الإعلاء، تعويض زائد، إسقاط زائد، تفكيك، انسحاب، نكوص، إغراق فى الخيال وأحلام يقظة، إفراط تبرير، سلبية).

و ـ **الخبرات السيئة والصادمة:** (موت عزيز، تحطيم أمل، جرح كبرياء، حب وتجارب جنسية سيئة، تجارب صادمة، أزمات اقتصادية، مشكلات اجتماعية، خبرات شاذة).

ز ـ **العادات غير الصحية:** (جسميا: كما فى المشى والكلام، عقليا: مثل نقص المعرفة بالمبادىء العلمية الأولية، اجتماعية: مثل ضعف الضمير ونقص تحمل المسئولية الاجتماعية وسوء الأخلاق والضلال الدينى والسلوك الاجتماعى الغبى، انفعاليا: مثل اضطراب ردود الفعل الانفعالية ونقص الإرادة وعدم ضبط النفس والسلوك الانفعالى الغبى).

ح ـ **أخرى:**

* تناقض انفعالى: (حب وكراهية، شعور بالأمن والقلق، تحرر نفسى وشعور بذنب).

* ضغوط نفسية: (منافسة، مطالب تعليم، مطالب مهنية، مطالب زواج، مطالب المدنية المتغيرة).

* إطار مرجعى خاطىء: (بخصوص الحقيقة، والقيم، والعالم الخارجى).

(١٠) الأعراض النفسية للمشكلة أو المرض:

أ. **اضطرابات الإدراك:**

* **هلوسات:** (ـ سمعية ـ بصرية ـ شمية ـ ذوقية ـ لمسية ـ جنسية ـ توقع).

* خداع: (ـ سمعى ـ بصرى ـ شمى ـ ذوقى ـ لمسى).

* اضطراب حسى: (ـ زائد ـ خدر ـ زائف ـ مختلط).

ب. اضطرابات التفكير:

* اضطرابات إنتاج الفكر: (تفكير: ـ اجترارى ـ ذاتى ـ غير واقعى).

* اضطرابات سياق الفكر: (طيران أفكار، بطء، ترديد، عرقلة، خلط، إسهاب، تشتت).

* اضطرابات محتوى الفكر: (أوهام منظمة، أوهام غير منظمة، توهم: ـ عظمة ـ اضطهاد ـ مرض ـ إثم ـ إشارة ـ تأثير ـ انعدام ـ تغير الشخصية ـ تغير الكون، وسواس، مخاوف، فقر أفكار، ضغط أفكار، انتزاع أفكار، إقحام أفكار، تناقض أفكار، انشغال، سفسطة، رمزية، أفكار قهرية، بلادة فكرية).

جـ. اضطرابات الانفعال: (قلق، اكتئاب، توتر، فزع، ذعر، تبلد، خمول، لا مبالاة، تناقض انفعالى، عدم ثبات انفعالى، انحراف انفعالى، زهو، تجلى، وجد، استثارية، مشاعر ذنب شاذة).

د. اضطرابات الحركة:

* نشاط حركى: (ـ زائد ـ ناقص ـ غير مستقر ـ متوتر ـ متدهور ـ مضطرب ـ متكرر).

* أخرى: (وهن، شلل، عمه حركى، هزع، تقلاب، حركات راقصة، تشنج، تقلص عضلى، خلجات، ارتجافات، تخشب، آلية، سلبية، عسر، لازمات).

هـ. اضطرابات الذاكرة:

* فقد ذاكرة: (ـ عضوى ـ نفسى ـ رجعى ـ لاحق).

* خطأ ذاكرة: (تزييف، تأليف، ألفة، جدة).

* أخرى: (اضطراب حفظ واسترجاع، فجوات ذاكرة، فلتات لسان، زلات قلم، نسيان عمل شيء، استخدام كلمات خاطئة).

و. اضطرابات الكلام:

* عامة: (حبسة، تأخره، كلام تشنجى، كلام طفلى، لغة جديدة).

* الطلاقة: (لجلجة، عقلة).

* كم الكلام: (ثرثرة، قلة كلام، خرس).

* سريان الكلام: (بطؤه، سرعته، قلته).

※ تكرار الكلام: (نمطية، اجترار كلام، مصاداة).

※ النطق: (إبدال، تردد، لعثمة).

※ الصوت: (خنن، غلظته، حدته، شدته، فقدانه، بحة).

※ أخرى: (اندفاع، سلبية، امتناع، كلام مع النفس).

ز ـ **اضطرابات الوعى:** (تغيم وعى، اضطراب توجيه، ذهول، هذيان، حالة حالمة، خلط).

ح ـ **اضطرابات الانتباه:** (زيادته، قلته، تحوله، سهيان، انشغال).

ط ـ **اضطرابات الإرادة:** (اضطرابات اتخاذ القرارات، اضطراب الفعل الإرادى، اضطراب دافعية).

ى ـ **الاضطرابات العقلية المعرفية:** (ضعف عقلى، خبل).

ك ـ **اضطرابات النوم:** (كثرته، قلته، أرق، تقطعه، اضطرابات نظامه، كلام أثناءه، مشى أثناءه، مخاوف ليلية، أحلام مزعجة، كابوس).

ل ـ **اضطرابات التغذية:** (قلة الأكل، الإفراط، البطء، فقد الشهية، الشره، الإمساك عن الأكل، تقاليع الأكل، التقيؤ).

م ـ **اضطرابات الإخراج:** (بوال، تبرز لا إرادى).

ن ـ **اضطرابات العادات:** (مص أصابع، قضم أظافر، لازمات، لعب بأعضاء الجسم).

س ـ **اضطرابات المظهر العام:** (اضطراب: ـ النمط الجسمى ـ تعبيرات الوجه ـ حالة الملابس ـ الشعر ـ الوضع ـ الوقفة ـ المشية ـ المظهر الخارجى).

ع ـ **أخرى:** (اضطراب التفهم، اضطراب البصيرة).

(١١) الأمراض النفسية: [يطبق اختبار التشخيص النفسى، للمؤلف]

أ ـ **ملخص نتائج اختبار التشخيص النفسى:** [الأمراض التى تزيد درجتها عن حدود العادى مرتبة]

....

ب ـ **تحديد بعض الأمراض:**

※ العُصاب [عام]: (عُصاب: ـ حاد ـ خوف ـ تقاعد ـ اجتماعى ـ إصابة ـ حادث ـ تعويض ـ ترقب ـ تعب ـ مهنة ـ حرب ـ جنسى ـ عوانس).

※ القلق: (قلق: ـ بسيط ـ تفاعلى ـ الفحص).

※ الضعف العصبى: (مستمر، دورى).

※ الخُواف: (خُواف: ـ رعد ـ برق ـ ماء ـ أنهار ـ بحر ـ مطر ـ رياح ـ نجوم ـ أعماق ـ ظلام ـ

جنس ـ جماع ـ زواج ـ تناسل ـ أمراض تناسلية ـ أماكن مرتفعة ـ أماكن متسعة ـ أماكن مغلقة ـ عزلة ـ عفاريت ـ دم ـ نار ـ موت ـ امتحانات ـ ناس ـ جموع ـ رجال ـ نساء ـ أطفال ـ شيوخ ـ غرباء ـ أجانب ـ زنوج ـ مشوهين ـ قطط ـ فئران ـ كلاب ـ ثعابين ـ سمك ـ طيور ـ حيوانات ـ حشرات ـ جراثيم ـ ديدان ـ أقذار ـ مرض ـ عجز ـ تشوه ـ سرطان ـ مرض قلب ـ مرض جلد ـ مرض عصبى ـ صلع ـ إصابة ـ تسمم ـ عقاقير ـ فرح ـ رموز ـ أصوات ـ كلام ـ كتابة ـ لغات أجنبية ـ ألوان ـ روائح ـ لمس ـ تذوق ـ عبور الشارع ـ سفر ـ عربات ـ قطارات ـ كبارى ـ مسننات ـ مكنات ـ أشياء كبيرة ـ أشياء صغيرة ـ خرافات ـ رقم ١٣ ـ عرى ـ مسئولية ـ خجل ـ أكل ـ نوم، خواف شامل، خواف الخواف).

* الهستيريا: (هستيريا: ـ تحويلية ـ مكتسبة ـ صدمة، اضطراب هستيرى مثل: هوس، صرع، عمى، صمم، خرس، شلل، تشنج، تقلص، اختلاج، رجفة، خوريا، مشية، إنهيار، غيبوبة، نهجان، ضعف أعصاب).

* الوسواس والقهر: (وسواس جسمى، وسواس دافع، سلوك وسواسى قهرى).

* الذهان [عام]: ذهان: ـ عارض ـ موقفى ـ خفيف ـ حاد ـ مزمن ـ دورى ـ وظيفى ـ عضوى ـ إصابة ـ إنهاك ـ سجن ـ عقاقيرى ـ كحولى ـ تسممى ـ شيخوخة ـ تدهورى).

* الاكتئاب: (اكتئاب: ـ بسيط ـ حاد ـ تفاعلى ـ انتكاسى ـ باسم ـ كحولى ـ ذهولى ـ جمودى ـ سن القعود ـ شيخوخة).

* الهوس: (هوس: ـ خفيف ـ حاد ـ وقتى ـ دورى ـ مزمن ـ قلقى ـ هستيرى ـ هذيانى ـ جنسى ـ جمال ـ كذب ـ قتل ـ انتحار ـ سرقة ـ إشعار نار ـ كتابة ـ عد ـ طرب ـ انشراح ـ رقص ـ خمر ـ مخدرات ـ عقاقير ـ تدين ـ ثرثرة ـ هائج ـ شغل ـ اغتسال ـ غنى ـ عطاء ـ أنانية ـ حرية ـ حب أجانب ـ اغتراب ـ حنين إلى الوطن ـ شك ـ أكل ـ تناسق ـ مظاهر ـ شيخوخة).

* الفصام: (فصام: ـ بسيط ـ مبكر ـ حركى جمودى ـ حركى هياجى ـ هذائى ـ كامن ـ تفاعلى).

* الهذاء: (هذاء: ـ حاد ـ كامن ـ دورى ـ كحولى ـ غيرة ـ اضطهاد ـ عظمة ـ خيلاء ـ تدين ـ شيخوخة).

(١٢) أخرى:

أ ـ **اضطرابات السلوك الظاهر:** (سلوك: ـ شاذ ـ غريب ـ انسحابى ـ انفعالى ـ نمطى ـ تعويضى).

ب ـ **سوء التوافق:** (سوء توافق: ـ شخصي ـ أسرى ـ اجتماعى ـ تربوى ـ مهنى ـ انفعالى ـ مع الواقع).

جـ ـ **مفهوم الذات السالب** (نقص تطابق بين مفهوم الذات الواقعى والمثالى، نقص تقدير الذات، اضطراب مفهوم الجسم).

د ـ **مفهوم الذات الخاص:** [يطبق اختبار مفهوم الذات الخاص، للمؤلف].

المعلومات	النتائج
المحتويات ذات الوزن الكلينيكى	....
المشكلة الرئيسة	....
المشكلات الخاصة	....
تغليف الذات	....
المقاومة	....

(رابعاً) البحث الاجتماعى

(١) آخر بحث اجتماعى:

تاريخه .... اسم الأخصائى ....

عنوانه .... التليفون .... هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)

(٢) المشكلات الاجتماعية السابقة:

المشكلة	العمر	المدة	الأخصائى	النتائج
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٣) المشكلات الاجتماعية فى الأسرة:

الاسم	العمر	المشكلة	المدة	الأخصائى	النتائج
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....

(٤) الأسرة:

أ. الأب:

توافقه النفسى: (- • +) صحته العامة: (- • +) اتجاهه نحو العميل: (- • +)

اتجاه العميل نحوه: (- • +) علاقته بالعميل: (ـــ • +) مركزه الاجتماعى: (- • +).

العمر عند الزواج أول مرة .... عدد مرات الزواج وتاريخه ....

عدد مرات الانفصال وتاريخه .... عدد مرات الطلاق وتاريخه ....

أرمل: (نعم، لا) تاريخ وفاة الزوجة: ....

ميوله: ....

ب.الأم:

توافقها النفسى: (– • +) صحتها العامة: (– • +) اتجاهها نحو العميل: (– • +)

اتجاه العميل نحوها: (– • +) علاقة العميل بها: (–• +) مركزها الاجتماعى: (– • +).

العمر عند الزواج أول مرة .... عدد مرات الزواج وتاريخه ....

عدد مرات الانفصال وتاريخه .... عدد مرات الطلاق وتاريخه ....

عدد مرات الحمل........عدد مرات الإجهاض ......عدد مرات الميلاد الميت ......أرملة: (نعم، لا).

ج.العلاقة بين الوالدين:(- • +)

مشكلاتها (مضطربة، زواج غير سعيد، خلافات، عدم تكافؤ اقتصاديا أو ثقافياً أو اجتماعياً أو فكرياً أو دينياً، عدم توافق جنسى، علاقات خارج الزواج، مشكلات تنظيم نسل، تدخل أهل، شجار، انفصال، طلاق، عدم اهتمام بالأسرة).

د.العلاقة بين العميل والوالدين:(- • +)

مشكلاتها: (مضطربة، الوالدان نموذج سيء، مثالية وارتفاع مستوى الطموح، أم عاملة لا تعتني بالعميل، عدم رغبة الوالدين فى العميل، اتجاه سالب نحو جنسه، رفض وإهمال ونقص رعاية، حماية زائدة، تدليل، تسلط، شدة تعلق بالوالدين والاعتماد عليهما، عدم ثبات معاملة العميل، مشكلات نظام وتضارب نظم، مغالاة فى المستوى الخلقى، نظم جامدة، قيود شديدة، عزلة، عقاب، أخطاء تربية جنسية، ارتباط انفعالى بالوالد من الجنس الآخر، مشاهدة أو ملاحظة مواقف جنسية بين الوالدين، تمرد، معارضة، خضوع، كراهية).

هـ.الإخوة والأخوات:[بالترتيب حسب الميلاد،ومركز العميل بينهم]

الاسم	اتجاهه نحو العميل (–•+)	اتجاه العميل نحوه (–•+)	علاقته بالعميل (–•+)	توافقه النفسى (–•+)
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

و. العلاقة بين العميل والإخوة والأخوات: (- ٠ +)

مشكلاتها: (مضطربة، ميلاد طفل جديد وتحول الانتباه نحوه، غيرة، تفرقة فى المعاملة، تنافس).

ز. زوجة أب: [إن وجدت]

الاسم .... العمر .... المهنة ....

المستوى التعليمى: (أمية، تقرأ وتكتب، شهادة..................) توافقها النفسى: (- ٠ +)

علاقتها بالعميل: (- ٠ +)

اتجاهها نحو العميل: (- ٠ +) اتجاه العميل نحوها: (- ٠ +)

ح. زوج أم: [إن وجد]

الاسم .... العمر .... المهنة ....

المستوى التعليمى: (أمى، يقرأ ويكتب، شهادة..................) العنوان..................

التليفون.................. الجنسية .... توافقه النفسى: (- ٠ +) علاقته بالعميل (- ٠ +)

اتجاهه نحو العميل (- ٠ +) اتجاه العميل نحوه: (- ٠ +)

ط. القرين: [الزوج أو الزوجة]

الاسم.................. العمر.................. التوافق النفسى: (- ٠ +) الصحة العامة: (- ٠ +)

اتجاهه نحو العميل: (- ٠ +) اتجاه العميل نحوه (- ٠ +) علاقته بالعميل (- ٠ +)

التوافق معه: (- ٠ +)

مركزه الاجتماعى: (- ٠ +) طول فترة المعرفة قبل الزواج.......... طول فترة الخطوبة ....

العمر عند الزواج.................. تاريخ الزواج.................. مبرله ....

ى. العلاقة بين العميل والقرين [الزوج أو الزوجة] (- ٠ +)

مشكلاتها: (مضطربة، زواج غير سعيد، خلافات، عدم تكافؤ اقتصادياً أو ثقافياً أو اجتماعياً أو فكرياً أو دينياً، عدم توافق جنسى، مشكلات جنسية، علاقات خارج الزواج، مشكلات تنظيم نسل، تدخل أهل، شجار، انفصال، طلاق، نقص اهتمام بالأسرة).

ك. الأولاد

الاسم	اتجاهه نحو العميل (...)	اتجاه العميل نحوه (...)	علاقته بالعميل (...)	توافقه الشخصي (...)
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

ل. العلاقة بين العميل والأولاد (...)

مشكلاتها (مضطربة، رفض، إهمال، كراهية).

م. الأقارب والآخرون الذين يعيشون مع الأسرة

الاسم	القرابة	اتجاهه نحو العميل (...)	اتجاه العميل نحوه (...)	علاقته بالعميل (...)	توافقه الشخصي (...)
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....

ن. العلاقة بين العميل والأقارب والآخرين الذين يعيشون مع الأسرة (...)

مشكلاتها (مضطربة، كراهية، عدوان).

س. الصحة الاجتماعية للأسرة [illegible]

ع.الوضع الاقتصادى العام للأسرة. (- • +)

الدخل الشهرى			توافقه الشخصى (- • +)		
مليم	جنيه		مليم	جنيه	
....		مرتبات وأجور	....		المسكن
....		معاشات	....		المأكل
....		عقارات	....		الملبس
....		أطيان	....		التعليم
....		مساعدات	....		المواصلات
....		مصادر أخرى	....		مصاريف عامة ونثريات
		الجملة			الجملة

ف.المشكلات الاقتصادية فى الأسرة: (سوء أحوال اقتصادية، هزات وكوارث اقتصادية، عدم رضا بالحالة الاقتصادية، صعوبة الحصول على ضروريات الحياة).

ص.السكن: نوعه (خاص، شقة، مشترك) عدد الحجرات.......... عدد الأفراد فى الحجرة ....

هل للعميل حجرة خاصة: (نعم، لا) مكان نوم العميل .... حالة السكن: (- • +)

الشروط الصحية فى السكن: (- • +)

ق.مشكلات عامة فى الأسرة: (يوجد من لديه إحدى هذه الحالات: غير شرعى، انتحار، عاهة، إدمان، إجرام، أمراض تناسلية): أخرى: ....) من هو: ....

ر.الاتجاه العام للأسرة: (محافظة، عادية، متحررة).

(٥) المدرسة:

أ.البداية: تاريخ بدء دخول المدرسة .... العمر عند بدء دخول المدرسة ....

مستوى بدء المدرسة: (روضة، إبتدائى) أول مدرسة دخلها .... رد الفعل عند بدء دخول المدرسة: (- • +) أى الصفوف الدراسية أعادها............................ سبب الإعادة ....

ب. المدارس والكلية التى درس بها:

المرحلة	اسم المدرسة أو الكلية	السنوات التى قضاها بها	الميل العام نحوها (+ • –)	الميل العام نحو المواد الدراسية (+ • –)	التوافق الدراسى العام (+ • –)	المواظبة (– • +)	مستوى التحصيل (+ • –)
ابتدائى	....	....	....	....	....	....	....
إعدادى	....	....	....	....	....	....	....
ثانوى	....	....	....	....	....	....	....
عالى	....	....	....	....	....	....	....

جـ. المواد التى درسها أو يدرسها حديثاً:

مواد محبوبة	التقدير	مواد غير محبوبة	التقدير	مواد سهلة	التقدير	مواد صعبة	التقدير
....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....

د. العلاقة بين العميل وبين مدرسيه وأساتذته:

إبتدائى: (– • +) إعدادى: (– • +) ثانوى: (– • +) عالى: (– • +).

هـ. العلاقة بين العميل وبين زملائه:

إبتدائى: (– • +) إعدادى: (– • +) ثانوى: (– • +) عالى: (– • +).

و. التعاون بين الأسرة وبين المدرسة:

إبتدائى: (– • +) إعدادى: (– • +) ثانوى: (– • +) عالى: (– • +).

ز. أسباب الاضطراب فى المدرسة: (ضغوط الجماعة الجديدة، إخفاق المدرسة فى تحقيق نمو الشخصية، تهديد وعنف، نقد وتوبيخ، زيادة مستوى التحصيل عن مستوى قدراته، نقص استعداد دراسى، صعوبات تعلم، تأخر دراسى، اضطراب علاقة مع الزملاء، اضطراب علاقة مع الأساتذة).

ح. المشكلات السلوكية فى المدرسة: (غياب، هروب، كسل، عدوان، انطواء، ضيق اهتمامات، أخرى ....).

بداية ظهورها .... المواقف التى تظهر فيها

ط. المواقف الشاذة فى المدرسة:

فى الفصل .... أثناء اللعب ....

أثناء الأكل .... أثناء الرحلات ....

كيف يستجيب للفشل ....

ى. ملاحظات أخرى فى المدرسة:

الهوايات وأنواع النشاط الأخرى خارج المنهج [ثقافى، اجتماعى، فنى، رياضى]

ابتدائى .... إعدادى ....

ثانوى .... عالى ....

ك. المواهب والمهارات الخاصة:

ابتدائى .... إعدادى ....

ثانوى .... عالى ....

التفوق العلمى وجوائزه .... التفوق الاجتماعى وجوائزه ....

التفوق الفنى وجوائزه .... التفوق الرياضى وجوائزه ....

كيف يستجيب للنجاح ....

الخطط الدراسية للمستقبل ....

(٦) المهنة:

أ حالياً: المهنة الحالية .... الدرجة المالية ....

عنوان العمل .... تاريخ بدء العمل ....

الأجر من العمل فى الشهر........................ مهن أخرى بعض الوقت ....

الاستقرار فى العمل: (– • +) الرضا عن العمل: (– • +) التقدم فى العمل: (– • +)

الشعور بالمسئولية فى العمل: (– • +) العلاقة بالرؤساء: (– • +) العلاقة بالزملاء: (– • +)

التوافق المهنى: (– • +) عدد مرات الغياب فى الشهر........................ أسباب الغياب ....

ب. المهن السابقة:

المهنة	الدرجة	جهة العمل	تاريخ بدء العمل	السنوات التى قضاها فى العمل	عدد مرات الغياب فى الشهر	سبب الغياب	سبب تغيير المهنة
....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....	....	....

جـ. أسباب الاضطراب فى المهنة: (اختيارها بالصدفة، فرضها، عدم مناسبتها للقدرات والاستعدادات والميول، نقص التدريب المهنى، اضطراب العلاقة مع الرؤساء، اضطراب العلاقة مع الزملاء، عدم كفاية الأجر، إرهاق فى العمل، عمل يؤثر على الجهاز العصبى، سوء ظروف العمل، استغلال، إيقاف عن العمل، تعطل وبطالة، اضطراب نظام العمل، فوضى، إحباط وعدم تحقيق مطامح).

د. ملاحظات أخرى على المهنة: ....

هـ. الخطط المهنية المستقبلية ....

(٧) المجتمع:

أ ـ الجيرة:

المستوى الاجتماعى الاقتصادى العام للجيرة: (– • +) علاقته بالجيرة: (– • +).

التوافق الاجتماعى مع الجيرة: (– • +).

ب. الرفاق:

الرفاق والأصدقاء بصفة عامة: (أكبر عمراً، أصغر عمراً، من نفس العمر، من نفس الجنس، من الجنس الآخر) عد الرفاق والأصدقاء المقربين: (قليل، مناسب، كثير) مستواهم الاجتماعى الاقتصادى: (– • +) علاقته بالرفاق: (– • +) توافقه الاجتماعى مع الرفاق: (– • +) اتجاهه نحوهم: (– • +) إتجاههم نحوه: (– • +) العلاقات مع الجنس الآخر: (– • +)

رفاق سوء .... رفاق جانحون ....

جـ.الجماعات التى ينتمى إليها: [غير الأسرة والمدرسة والمهنة]

الجماعة	وضعه داخل الجماعة [قيادى، تابع]	توافقه معها (- • +)
....	....	....
....	....	....
....	....	....

د.أسباب سوء التوافق فى المجتمع:

* عام: (ضعف معايير اجتماعية، مشكلات جماعة مثل ألم وكراهية وحقد، مجتمع مريض يفيض بالحرمان والإحباط والصراع وعدم إشباع الحاجات، تجارب اجتماعية أليمة، انطواء وعزلة، نقص تحمل المسئولية الاجتماعية، عزل الجماعة للفرد، عقاب، خضوع، سيطرة، تصارع أدوار اجتماعية، تنافس شديد، تأثير إعلام خاطىء).

* الرفاق والأصدقاء: (قلة عددهم، عدم اندماج معهم، صحبة سيئة، عدوان، جناح، مشكلات يتورط فيها معهم).

* مشكلات الأقليات: (اتجاهات اجتماعية سالبة، تعصب ضد جماعة الأقلية التى ينتمى إليها، تفرقة عنصرية).

* تدهور نظام القيم: (تصارع قيم بين الثقافات، تصارع بين الأجيال، فروق بين القيم الأخلاقية المتعلمة والفعلية، فروق بين القيم المثالية وبين الواقع، عدم فهم القيم المناسبة لعمره، عدم احترام القيم الاجتماعية، ضعف أخلاق، ضعف ضمير).

* الكوارث الاجتماعية والحرب: (كوارث اجتماعية، ظروف اجتماعية ضاغطة، كوارث مدنية، احتمال وقوع الحرب، الحرب).

هـ.التوافق الاجتماعى:

* التوافق الاجتماعى العام مع المجتمع الخارجى: (- • +).

* المشكلات الاجتماعية الرئيسية التى يعانى منها العميل فى المجتمع:

* السمات الاجتماعية السالبة للعميل: (خجول، عدوانى، غيور، عنيد، نقاد، شكاء، جانح).

(٨) عام:

أ- **أسباب الاضطراب الحضارية والثقافية:** (ثقافة مريضة تسود فيها عوامل الهدم، تعقيد ثقافى، سوء توافق مع التطور الحضارى والثقافى، اغتراب عن الثقافة التى يعيش فيها، نقص تطابق

شخصيته مع النمط الثقافى، عدم مجاراة الاتجاهات الجديدة، سوء توافق مع الحياة الصناعية المعقدة، سوء توافق مع عصر السرعة، تعقد القوانين والوقوع تحت طائلها).

ب ـ **الدين**: (- ٠ +).

مشكلاته: (عدم التدين، عدم أداء الفروض، عدم الميل إلى الدين وعدم فهمه، نقص تدين الأسرة، ضعف القيم الدينية).

جـ القيم:

اسم اختبار القيم	ملخص النتائج
....	....

(د) الميول:

اسم اختبار الميول	ملخص النتائج
....	الميول المهنية: .... الميول اللامهنية: ....

هـ النشاط الاجتماعى:

مدى اشتراكه فى بناء المجتمع (- ٠ +) أوجه النشاط الاجتماعى ....

الهوايات .... اللعب المفضلة ....

مناشط أوقات الفراغ ....

مشكلاتها: (قلة الميول بصفة عامة والميول الرياضية بصفة خاصة، قلة الهوايات، قلة القراءات، قلة اللعب، اللعب مع من هم أكبر منه، اللعب مع هم أصغر منه، اللعب منفرداً، قلة النشاط الترويحى، ضياع وقت الفراغ، نقص نشاط المساء، نقص نشاط عطلة الأسبوع).

و. ملاحظات عامة:

عادات وتقاليد غريبة ....

الاتجاهات الاجتماعية العامة: (موجبة، سالبة، تعصب) مستوى الطموح: (ناقص، مناسب، مرتفع).

أهدافه فى الحياة: .... هل حققها: (نعم، لا).

فلسفته فى الحياة: ....

(خامساً) الفحص الطبى

(١) آخر فحص طبى:

تاريخه .... اسم الطبيب ....

عنوانه .... التليفون .... هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم، لا)

(٢) الأمراض الجسمية السابقة:

المرض	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٣) العمليات الجراحية السابقة:

العملية	العمر	العيادة أو الجراح	النتائج
....	....	....	....
....	....	....	....

(٤) الأمراض الجسمية فى الأسرة:

الاسم	العمر	المرض	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....

(٥) الأمراض الجسمية الوراثية فى الأسرة: (تشوهات خلقية وراثيـة، اضطراب تكوين عصبى وراثى، اضطراب نشاط غدد وراثى، عمى ألوان، خوريا، عته عائلى كامن، أخرى ....).

المرض	الاسم	العمر	القرابة للعميل	ملاحظات
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٦) الإصابات والجروح والعاهات:

الإصابات والجروح السابقة: (إصابات رأس وحدوث تلف فى المخ، إصابات جسم فى حوادث).

العاهات وضروب العجز والتشوهات الخلقية ....

كيف يعوضها أو يتغلب عليها .... الاتجاه نحوها: (- • +).

(٧) الحالة الصحية العامة:

الحالة الجسمية العامة: (- • +) النمط الجسمى: (نحيف، رياضى، بدين).

النبض .... الحرارة .... ضغط الدم .... الطول .... الوزن ....

الرأس: (محيطها.............. طولها .... عرضها.............. ارتفاعها).

الجمجمة (عيوبها، شذوذ الشكل، النمو العظمى الخارجى، الإصابات ....).

الرقبة: (علامات مرضية ....).

الحلق واللسان والأسنان: (العيوب: شق الحلق، كبر حجم اللسان، تشوه الأسنان، تضخم والتهاب اللوزتين، عيوب النطق).

(٨) أجهزة الجسم:

أ ـ **الجهاز الدورى:** القلب.............................. الأوعية الدموية ....

الأمراض (ضعف قلب، تشنج قلب، ضغط دم مرتفع، ضغط دم منخفض، إغماء، صداع مزمن، صداع نصفى، ذبحة صدرية).

ب ـ **الجهاز التنفسى:** الصدر: المحيط عند الشهيق .... المحيط عند الزفير ....

الرئتان: ....

الأمراض: (ربو، نزلة شعبية، التهاب رئوى، التهاب مخاطية الأنف، زكام متكرر، انفلونزا، سعال ديكى، أخرى: ....).

جـ ـ **الجهاز الهضمى:** المعدة .... الأمعاء.............................. الكبد ....

الأمراض: (قرحة المعدة والاثنا عشر، نزلة معوية، ألم بطن، عسر هضم، إسهال، التهاب قولون مخاطى، فقد شهية عصبى، تجشؤ، ريح، قىء، شراهة أكل وبدانة).

د ـ الجهاز العضلى الهيكلى:

الحركات النشطة: [قوة العضلات بمقارنة جانبى الجسم فى الأطراف العليا والأطراف السفلى] ....

الحركات الشاذة: (رجفات، انتفاضات، حركات خوريا أو داء الرقص).

التآزر: للأطراف العليا: ١٠ختبار الأصبع والأنف، والعينان مقفلتان ..... والعينان مفتوحتان.....).

الإيقاع العضلى: (باستخدام شريط معدنى ....).

قوة قبضة اليد: (اليمنى.............اليسرى ....) استخدام اليد: اليمنى، اليسرى، الاثنان).

هيئة المشى: ....

العيوب: (ضعف عضلات، ضمور عضلات، تضخم عضلات، تشنج عضلات، ضعف انعكاسات وترية عميقة، شلل تام، شلل نصفى، شلل جزئى فى الرأس أو الرقبة أو الأطراف العليا أو السفلى، شلل أطفال، كساح، مشية تهادى أو دلف كمشية الطفل، تشوه العمود الفقرى، حدب، جنف أى انحناء العمود الفقرى إلى الجانب، التهاب مفاصل روماتيزمى، آلام ظهر أو لومباجو).

هـ جهاز الغدد:(سليم، مضطرب) الغدة أو الغدد المضطربة .... (زيادة إفراز، نقص إفراز).

الاضطرابات: (اضطرابات النمو والنشاط الجنسى، بكور جنسى، نقص نمو الخصائص الجنسية الثانوية، عنة، عقم، تأخر النمو بصفة عامة، قصاع، عملقة، سكر، تشوه عظام، جويتر، تتانوس، أخرى ....).

و ـ الجهاز البولى: الأمراض (أمراض كلى، سلس بول، احتباس بول).

ز ـ الجهاز التناسلى: العيوب (صغر الجهاز التناسلى، كبر الجهاز التناسلى، قصور إفراز المنسل، فرط إفراز المنسل، اضطراب المظاهر الجنسية الثانوية، أمراض جنسية تناسلية، ضعف جنسى، برود جنسى، اضطراب حيض، تشنج مهبل، عقم).

حـ ـ الجلد: العيوب (اضطراب نسيج، سمك جلد، فرط عرق، انعدام عرق، احمرار، تغيرات غذائية مثل القرح، تشوهات أصابع، أورام وعائية، عيوب ولادية مثل شفة مشقوقة وغيرها، بقع، التهاب، أرتكاريا، أكزيما، ثعلبة أو سقوط شعر، صدفية، حساسية مزمنة، حب شباب).

(٩) **الحواس:**

أ **السمع:** قوة السمع (الأذن اليمنى.............. الأذن اليسرى..............) الأمراض ....

ب ـ **البصر:** قوة الإبصار: العين اليمنى .... العين اليسرى ....

رؤيـــة الألـــوان: العين اليمنى .... العين اليسرى ....

مجال الإبصـــار .... الأمراض ....

(١٠) العوامل العضوية المسببة للأمراض النفسية:

أ. **الأمراض:** (معدية مثل الزهرى، حادة مزمنة مثل أمراض القلب والسرطان والسكر، حمى مثل التيـفود والملاريا والحـمى الشوكـية، أمـراض المخ العضـوية مثل تصلـب شرايين المخ والالتـهاب السحائى وأورام المخ وإصابة المخ والأعصاب، أمراض الجهاز العصبى الأخرى، نقص فيتامينات، نقص أوكسيجين، فقر دم، اضطرابات أيض).

ب. **التسمم:** (تسمم خارجى نتيجـة إدمان عقاقير ومخدرات ومهـدئات كالمورفين والكوكايين والأفيـون والحشـيش والباربتيـورات، ومـعادن مثل الرصـاص والزئبق والزرنيخ، وغـاز مثل أول أكسيد الكربون، وكحول، تسمم داخلى مثل تسمم بولى وتسمم كبدى وغيبوبة سكرية وبؤرات ميكروبية سامة).

(١١) فحوص طبية أخرى:

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة
فحص الدم	....	الأشعة السينية	....
فحص البول	....	الرسم الكهربى للقلب	....
فحص الأمصال	....	الرسم الكهربى للمخ	....

(سادساً) الفحص العصبى

(١) آخر فحص عصبى:

تاريخه : .... اسم الأخصائى ....

عنوانه .... التليفون .... هل يمكن سؤاله عن الحالة: (نعم ، لا)

(٢) الأمراض العصبية السابقة:

المرض	العمر	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٣) الأمراض العصبية فى الأسرة:

الإسم	العمر	المرض	المدة	العيادة أو المعالج	النتائج
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....
....	....	....	....	....	....

(٤) الزمراض العصبية الوراثية فى الأسرة:

المرض	الإسم	العمر	القرابة للعميل	ملاحظات
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....
....	....	....	....	....

(٥) المخ:

※ **الفحص:**

- **الذكاء:** [باستخدام الاختبارات المقننة] ن. ذ. ....

- **التوجيه:** [الزمان : الوقت واليوم والأسبوع والشهر والسنة، والمكان : المبنى والبلد، الأشخاص.].

- **الذاكرة:** [المباشرة : إعادة سلاسل الأعداد ٧ طرداً و٥ عكساً، الحديثة: أعراض المرض وتواريخها وأسماء المعالجين والأخصائيين، المتوسطة: أحداث الخمس سنوات الماضية قبل ظهور المرض، البعيدة: أسماء المدارس التى حضرها وتاريخ التخرج والوظائف السابقة].

- **الانتباه:** [الخبط على المنضدة عند ذكر رقم ٥ بين سلسلة من الأرقام].

- **التركيز:** [العد بفاصل ٧ من ١-١٠٠ ومن ١٠٠ ـ ١ وذكر أشهر السنة بالعكس]

- **الاستدلال على تلف المخ:** [إعادة الجمل الطويلة، شرح الأمثال، اختبار بندر جشطت].

※ **الإصابة:**

- نوع الإصابة : (أثر حادث، أثر نزيف، التهاب، ورم، انسداد، ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم، نقص تغذية).

- المنطقة المصابة : (المناطق الحركية : شلل أو ضمور عضلات فى المنطقة التى تسيطر عليها المنطقة المصابة، المناطق الحسية: فقدان حس فى إحدى الحواس أو فقدان حس فى المناطق التى تسيطر عليها المنطقة المصابة).

- إصابات المخ الأخرى : (ارتجاج المخ، ارتفاع ضغط الدم وفقدان الوعى، نزيف وتمزق الأنسجة فى منطقته وتعطل عملها).

- الفص الجبهى: (صداع، نوبات حركية عامة أو جاكسونية، حبسة تعبيرية، خلط، اضطراب توجيه، عمه حركي، متلازمة الاستجابات الهازلة والحمقاء، شلل نصفى أو عضو أو طرف واحد، ضعف انعكاسات القبضة والمص).

- الفص الصدغى: (صداع، هلوسات ذوقية وشمية؛ حبسة إدراكية سمعية، عمى نصف المجال البصرى أو ربعه).

- الفص الجداري: (صداع، نوابات حسية جاكسونية، فقدان إحساس التذبذب والموضع، فقدان حاسة الرسم على الجلد، فقدان القدرة على تعيين الأشياء باللمس).

- الفص القذالى [القفوى] : (نوبات بصرية، عمى نصفى، عمى).

ـ الوصلة الجدارية القذالية: (حبسة إدراكية بصرية، حبسة إسمية، عدم تمييز اليسار من اليمين، صعوبة حل المسائل الحسابية البسيطة).

(٦) **المخ المتوسط:**

※ **الإصابة:** (علامات إصابة فى العصب المخى ٣ أو ٤ ، شلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقدان إحساس نصف و / أو ألم عصبى نصفى، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عسر تآزر، اختلاج تقلصى فى جانب، انحراف الرأس أو ا لوقفة، مشية تخلجية).

(٧) **قنطرة فارول:**

※ **الإصابة:** (علامات إصابة فى واحد أو أكثر من الأعصاب المخية ٥، ٦، ٧، شلل النظرة القطرية الجانبية، شلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقد إحساس نصفى متبادل و/ أو فقد إحساس بالألم فى نصف الجسم، شلل عضلات العين).

(٨) **النخاع المستطيل:**

※ **الإصابة:** (علامات إصابة فى أى من الأعصاب المخية ٥، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ترأرؤ العين الرأسى و/ أو الأفقى، وشلل نصفى أو سفلى أو رباعى، فقد إحساس نصفى متبادل و / أو فقد إحساس بالألم فى نصف الجسم، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عسر تآزر، اختلاج تقلصى فى جانب، مشية تخلجية مع ميل للسقوط).

(٩) **المخيخ:**

※ **الفحص:** [اختبار الإصبع والأنف، تحويل راحة اليد لأعلى ولأسفل، التصفيق، قفل أزرة الملابس، اختبار الكعب والركبة، هز الرجلين، المشية والوقفة].

※ **الإصابة:** (ترأرؤ العينين، عسر تآزر حركة الأطراف، تقطع الكلام، عدم قدرة العمل الحركى السريع، عدم قدرة التحكم فى مسافة الخطو، ارتخاء عضلات، ميل الرأس والوقفة أحياناً، تهزع الجزع).

(١٠) **الأعصاب المخية:**

※ **العصب الأول:** [الشمى : حسى، شم].

الفحص: [شم البن، شم وردة]

الإصابة: (خشم، هلوسات شمية).

* **العصب الثاني:** [البصرى : حسى ، بصر]

الفحص: [حدة الإبصار باستعمال لوحة كشف على حدة الإبصار بنظارة وبدون نظارة، مجال الإبصار بفحص اتساع مجال البصر، فحص قاع العين، إبصار الألوان، ملاحظة جحوظ العينين].

الإصابة: (فقد قوة الإبصار، انحصار قوة الإبصار فى الأشياء الموجودة أماما فقط أو يمينا فقط أو يساراً فقط).

* **العصب الثالث:** [محرك العين المشترك : حركى]

الفحص: [حركة العين أعلى وخارجاً وأعلى وداخلاً في الوسط وأسفل وداخلاً، واستجابة حدقة العين للضوء].

الإصابة: (سقوط الجفن العلوى، حول العين الخارجى، تمدد الحدقة، انعدام تكيف الإبصار، ازدواج الرؤية، شلل التحديق الأوسط أو إلى أعلى أو إلى أسفل).

* **العصب الرابع:** [الاستعطافى: حركى للعين]

الفحص: [حركة العين أسفل وخارجاً، وضع الجفن].

الإصابة: (ازدواج الرؤية، ارتخاء الجفن).

* **العصب الخامس:** [ثلاثى الوجوه: حسى وحركى ويتصل بالوجه والأنف واللسان]

الفحص: [القوة الحركية: تحسس العضلات الماضغة والصدغية عند ضغط الأسنان، الإحساس: باستخدام قطن ودبوس ومقارنة الجانبين فى الجبهة والصدغين والذقن، الانعكاسات: القرنية والحنك والفك].

الإصابة: (فقد إحساس الجلد فوق الجبهة واليأفوخ والوجه وزاويتا الفك، فقد إحساس القرنية والملتحمة، فقد إحساس الغشاء المخاطى بتجويف الأنف والفم، فقد حاسة التذوق فى القسم الأمامى للسان، شلل فضمور عضلات المضغ، نضوب إفراز الغدد الدمعية والمخاطية واللعابية، كل ذلك لجهة العصب).

* **العصب السادس:** [المبعد : حركى]

الفحص: [حركة كل عين على حدة وحركة العينين معاً، ملاحظة ارتعاش المقلة، ملاحظة الجحوظ].

الإصابة: (حول العين الداخلى، ازدواج الرؤية فى جهة العصب المصاب، شلل التحديق الداخلى).

※ **العصب السابع:** [الوجهى: حسى للوجه واللسان، حركى لعضلات المضغ]

الفحص: [الابتسام، النظر إلى أعلى مع تجعد الجبهة، فتح العين ضد المقاومة، التصفير، نفخ الصدغين، كز الأسنان مع فتح الفم، إحساس التذوق فى القسم الأمامى للسان باستدخام الملح].

الإصابة: (شلل الوجه، شلل عضلات الجبهة وفروة الرأس، تعذر تجعد الجبهة، تعذر قفل العينين جيداً، ضعف الجفون، تعذر إخراج الألفاظ صحيحة، صعوبة المضغ، الوجه المقنع، فقد حاسة التذوق فى القسم الأمامى للسان، عدم القدرة على التصفير).

※ **العصب الثامن:** [السمعى الاتزانى : حسى]

الفحص: [القسم القوقعى: قياس السمع باستخدام دقات ساعة أو سماع الحديث العادى أو الأوديوميتر، توصيل الهواء وتوصيل العظمة الحلمية باستخدام شوكة رنانة، فحص الأذنين بمنظار الأذن خاصة الغشاء الطبلى، القسم الدهليزى: اختبار التوازن].

الإصابة: (صمم، دوار ودوخة، فقدان توازن، مرض الأذن الوسطى حيث توصيل العظم أحسن من توصيل الهواء، صمم العصب حيث انعدام توصيل الهواء وتوصيل العظم).

※ **العصب التاسع:** [اللسانى البلعومى: حسى تذوق، حركى]

الفحص: [التذوق فى الثلث الخلفى للسان باستخدام ملح، الانعكاس البلعومى، البلع، الصوت مبحوح أو نحاسى].

الإصابة: (فقد إحساس الحنجرة، فقد انعكاس الحنجرة، فقد التذوق فى الثلث الخلفى للسان، انعدام إحساس وإفراز الغشاء المخاطى للبلعوم، صعوبة البلع، صعوبة قفل الفكين).

※ **العصب العاشر:** [المتجول أو الرئوى المعدى: حسى وحركى، وهو جزء من نظير السمبتى]

الفحص: [حالة الحنك وحركة اللهاة عند نطق «آه»، نطق الحروف المتحركة، الانعكاس الحنكى، الحنجرة، القلب، النفس، الهضم].

الإصابة: (شلل الحنك الرخو، رجوع الماء من الأنف، شلل الحبال الصوتية، بحة الصوت أو فقدانه، عسر الكلام، فقدان انعكاس الحنك، فقدان الانعكاس الحنجرى، صعوبة البلع، بطء وصعوبة النفس، زيادة حركات القلب وضعف النبض، اضطراب إفراز المعدة والأمعاء والكبد والبنكرياس).

* **العصب الحادى عشر:** [الإضافى : حركى]

الفحص: [إدارة الرأس إلى الجانبين ضد مقاومة، رفع الكتفين ضد مقاومة].

الإصابة: (شلل العضلة الترقوية الحلمية، التواء العنق والعضلة المعينة المنحرفة، صعوبة رفع الكتف أو خفضه وضعف إدارة الرأس إلى الجانب الآخر).

* **العصب الثانى عشر:** [تحت اللسان : حركى]

الفحص: [حجم اللسان، شكله، حركته، تركيب الكلام].

الإصابة: (شلل وضمور عضلات اللسان، تعذر الكلام، تعذر حركة اللسان أو المضغ وانحراف اللسان ناحية العصب المصاب).

(١١) النخاع الشوكى:

* **الفحص:** [الانعكاسات السطحية: انعكاس: حدقة العين ـ القرنية والملتحمة ـ الحنكى ـ البلعوم ـ البطن ـ معلق الخصية ـ الكفلى ـ الشرجى ـ البصلى ـ الكهفى ـ الأخمصى، الانعكاسات العميقة: انعكاس: نفضة الفك ـ ذات الرأسين ـ نفضة العضلة العضدية الكعبرية ـ نفضة العضلة ذات الثلاثة رؤوس ـ نفضة الركبة ـ نفضة الرسغ، الانعكاسات العضوية: انعكاس: البلع ـ التبول ـ الإخراج ـ الانتصاب].

* **الإصابة:** (خلل الجذور أو العصب المختص).

(١٢) الأعصاب النخاعية الشوكية:

* **الفحص:** [الوخز الموزع فى مناطق الجلد التى تغذيها الأعصاب النخاعية الشوكية من الأمام والخلف لتحديد مستوى حدوث الإصابة].

* **الإصابة:** (فقد الإحساس فى المنطقة حسب العصب المصاب).

(١٣) الجهاز العصبى الذاتى:

* **الإصابة:** [اضطراب النبض، اضطراب ضغط الدم، اتساع حدقة العين، جحوظ العينين؛ هبوط العينين، انكماش الجفن العلوى، استرخاء الجفن العلوى، حمرة الوجه والرقبة والطرف العلوى، عرق الوجه والرقبة والطرف العلوى، أمراض الأوعية الدموية العصبية، خلل إفراز العرق، اضطراب حركة الأمعاء].

(١٤) الإحساس:

※ **الفحص:** [الإحساس السطحى باستخدام قطن ودبوس: جانبى الوجه، جانبى الجذع، الأطراف العليا، الأطراف السفلى، الإحساس العميق: موضع وحركة أصبع اليد الكبير، وأصبع القدم الكبير، البروزات العظمية فى الأطراف العليا والأطراف السفلى باستخدام شوكة رنانة؛ إحساس العضلات والأوتار وجذع العصب، الإحساس بالمجسمات الموضوعة فى اليد مثل مكعب وكرة والعينيان مقفلتان، أخرى: الألم، الضوء، الحرارة، البرودة].

※ **الإصابة:** (خلل أو اضطراب أو فقد إحساس فى المنطقة المحددة، إحساس مرضى، ورجع رأس، دوار ، صرير، تنميل).

(١٥) فحوص عصبية أخرى:

الفحص	النتيجة	الفحص	النتيجة
الفحص المنظارى للعين	....	التصوير الإشعاعى للحبل الشوكى	....
قياس المجال البصرى الخارجى	....	التصوير الإشعاعى للمخ	....
الأشعة السينية للجمجمة	....	رسم المخ	....
الأشعة السينية للعمود الفقرى	....	فحص السائل المخى الشوكى	....

(سابعاً) ملاحظات عامة

فهم العميل لطبيعة وغرض الفحص (– • +) فهم التعليمات (– • +) الاتجاه نحو الفحص (– • +) الاهتمام بالفحص (– • +) الرغبة فى إجراء الفحص (– • +) الجهد الذى يبذله (– • +) الانتباه (– • +) التعاون (– • +) القدرة على التعبير عن النفس (– • +) مجرى الحديث (– • +) النشاط الجسمى (– • +).

الأمور غير العادية الغريبة التى صدرت من العميل أثناء الفحص. ....

....

ملاحظات أخرى: ....

....

....

(ثامناً) ملخص الحالة

(تلخص أهم النواحى المرضية فى ضوء البيانات العامة وتحديد المشكلة أو المرض الحالى والفحص النفسى والبحث الاجتماعى والفحص الطبى والفحص العصبى والملاحظات العامة).

ملخص البيانات العامة ....

....

ملخص المشكلة أو المرض الحالى ....

....

ملخص الفحص النفسى ....

....

ملخص البحث الاجتماعى ....

....

ملخص الفحص الطبى ....

....

ملخص الفحص العصبى ....

....

ملخص الملاحظات العامة ....

....

التشخيص ....

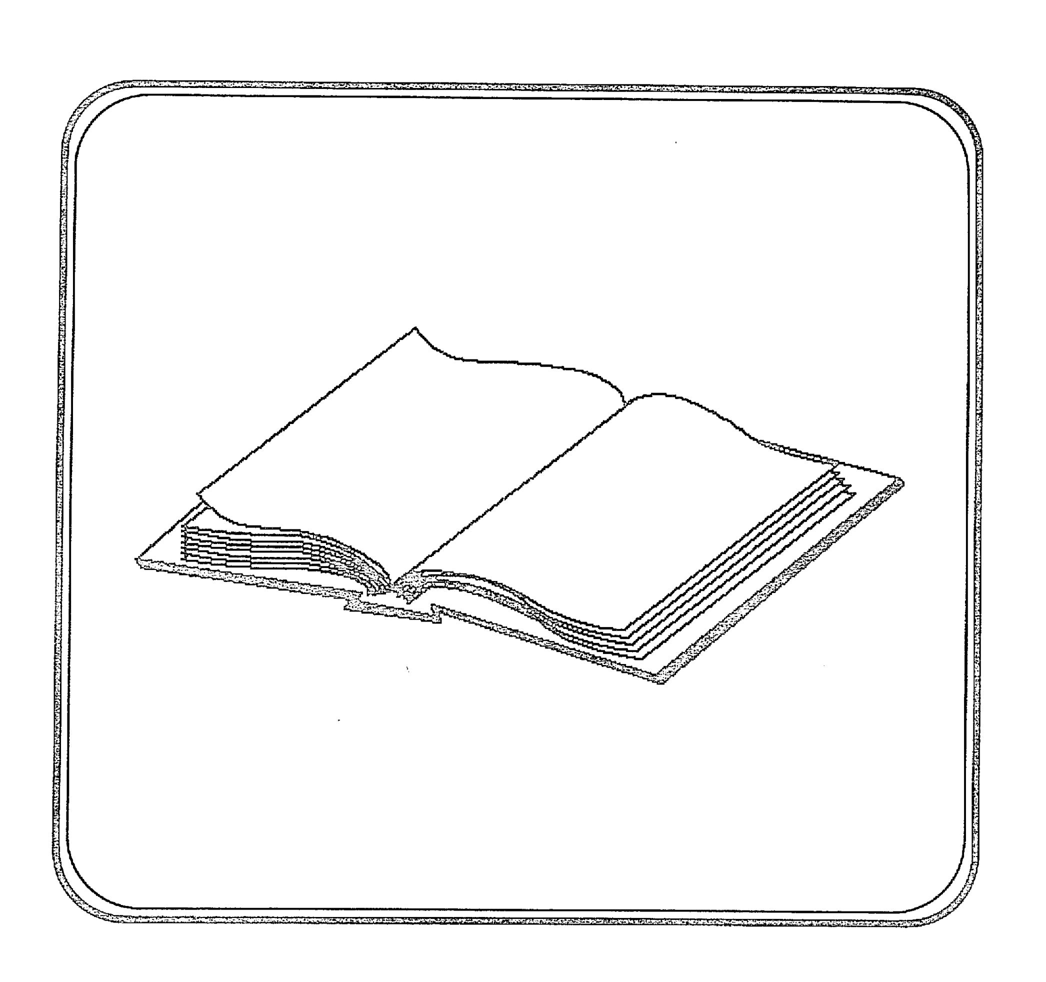
....

التوصيات ....

....

اسم المرشد أو المعالج .... التوقيع: .... التاريخ: ....

فهرس الدراسات والبحوث



هذا الكتاب

* هذا الكتاب يضم دراسات فى الصحة النفسية والإرشاد النفسى والعلاج النفسى، يقدمه المؤلف إلى المهتمين بالبحوث والدراسات التربوية والنفسية، وإلى المشتغلين بالصحة النفسية، وإلى ممارسى الإرشاد النفسى والعلاج النفسى، وإلى طلاب الدراسات العليا.

* وهذا الكتاب يقدم دراسات أجراها المؤلف فى البيئة المصرية والعربية، بهدف الاطلاع وتطبيق ما أسفرت عنه هذه الدراسات فى حياتنا اليومية، حتى يتحقق الخير لمصرنا العزيزة ولأمتنا العربية المجيدة.

* وهذا الكتاب يتناول: مفهوم الذات الخاص فى الإرشاد والعلاج النفسى، ومفهوم الذات والسلوك التربوى للمعلمين بين الواقع والمثالية، والأمن النفسى، والموهوبين الفائقين: اكتشافهم ورعايتهم، وهويتنا والتغريب اللغوى، والشخصية المصرية، والصحة النفسية للشباب الجامعى.

* وهذا الكتاب يتضمن: الإرشاد المهنى ورفع إنتاجية الإنسان المصرى، والتوجيه والإرشاد النفسى فى مصر وفى الوطن العربى بين الحاضر والمستقبل، والمعلم ـ المرشد ودوره فى الإرشاد النفسى، والتوجيه والإرشاد النفسى: نظرة شاملة.

* وهذا الكتاب يتناول: العلاج النفسى الدينى، والعلاج النفسى التربوى للأطفال، والعلاج بالموسيقى، والإدمان: منظور حيوى نفسى اجتماعى، ومنظور تنموى وقائى علاجى، ودليل فحص ودراسة الحالة فى الإرشاد والعلاج النفسى.

والله الموفق،،،